

Das komplette Programm

SCHILDDRÜSEN DIAGNOSTIKA THERAPEUTIKA



Diagnostika:

TSH-RIA, T₃-RIA, T₄-RIA, TBG-RIA
TSH-RIA für neonatales Screening
Antepan® 200 u. 400 (TRH „Henning”)

Therapeutika:

L-Thyroxin 50, 100 u. 150 Henning®
Prothyrid® (T₄:T₃ = 10:1)
Thyroxin-T₃ „Henning”
Carbimazol 10 mg „Henning”

Reinstsubstanzen für die Forschung:

Alle Jodthyronine pro analyse,
darunter die Dijodthyronine
L-3,3'-T₂ und L-3',5'-T₂ sowie Reverse-T₃

Schilddrüsen-Literatur-Dienst:

Aktuelle Information über die
Ergebnisse der Schilddrüsen-
forschung in Labor und Klinik

HENNING BERLIN

Antepan® 200/400 TRH „Henning”

Zusammensetzung: 1 Ampulle Antepan® 200 resp. 400 enthält 200 resp. 400 µg Thyreotropin-Releasing-Hormon (Protirelin) als wässrige Lösung. **Wirkung:** Antepan® 200 und 400 (TRH „Henning”) bewirkt in der Hypophyse die Freisetzung von Thyreotropin. Voraussetzung hierfür ist ein intakter Regelkreis Hypophyse-Schilddrüse. **Indikation:** Durchführung des TRH-Tests zur Differentialdiagnose von Schilddrüsenfunktionsstörungen. **Kontraindikation:** Bisher keine bekannt. **Nebenwirkungen:** Relativ häufig leichte Mißempfindungen wie leichte Übelkeit, Herdrang und Schwindelgefühl, die 1-2 min p. inj. verschwinden. Wie allgemein nach i.v.-Injektionen können Blutdruckschwankungen und in Einzelfällen eine hypotone Kreislaufdysregulation auftreten. **Anwendung:** intravenöse Injektion von 1 Ampulle Antepan® 200 oder Antepan® 400 (Weiteres s. wissenschaftlicher Prospekt). **Hinweise:** Der TRH-Test sollte besonders in den ersten Schwangerschaftswochen nur streng indiziert angewandt werden. **Handelsformen:** Antepan® 200: 1 Amp. DM 20,70; 5 Amp. DM 85,95; 50 Amp. DM 641,66. Antepan® 400: 1 Amp. DM 24,-; 5 Amp. DM 96,80; 50 Amp. DM 756,83.

L-Thyroxin Henning® - Prothyrid® - Thyroxin-T₃ „Henning”

Zusammensetzung: 1 Tablette L-Thyroxin 50, 100, 150 Henning®; 50, 100 resp. 150 µg Levothyroxin-Na (T₄), 1 Tablette Prothyrid®: 100 µg Levothyroxin-Na + 10 µg Liothyronin-HCl (T₃), 1 Tablette Thyroxin-T₃ „Henning”: 100 µg Levothyroxin-Na + 20 µg Liothyronin-HCl. **Wirkung:** Die Schilddrüsenhormone L-Thyroxin (T₄) und L-Trijodthyronin (T₃) substituieren einen Hormonmangel und supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hypothyreose, Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom. **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt, Angina pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardie, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall. Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gabe von Propranolol). **Anwendung:** 1/2-2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit anfangs 1/2 Tablette täglich; in 1-2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Hinweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angina pectoris, Myokarditis und bei tachykarder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekompensation). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quickwert anfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwangerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Handelsformen:** L-Thyroxin 50 Henning®: 70 Tabl. DM 7,25 (Wochenplanpackung); 100 Tabl. DM 8,95; 200 Tabl. DM 15,-; 350 Tabl. DM 26,60. L-Thyroxin 100 Henning®: 70 Tabl. DM 11,55 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 23,15; 350 Tabl. DM 42,70. L-Thyroxin 150 Henning®: 70 Tabl. DM 13,35 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 26,20; 350 Tabl. DM 47,95. Prothyrid®: 50 Tabl. DM 9,65; 70 Tabl. DM 13,40 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 29,20; 350 Tabl. DM 55,20. Thyroxin-T₃ „Henning”: 50 Tabl. DM 11,90; 70 Tabl. DM 16,25 (Wochenplanpackung); 200 Tabl. DM 38,70; 350 Tabl. DM 70,95.

Carbimazol 10 mg „Henning”

Zusammensetzung: 1 Tablette Carbimazol 10 mg „Henning”: 10 mg Carbimazol. **Wirkung:** Carbimazol hemmt die Hormonsynthese in der Schilddrüse. **Indikationen:** Schilddrüsenüberfunktion; thyreostatische Langzeitbehandlung; Vorbereitung von Schilddrüsenoperationen, vor und nach einer Behandlung mit Radiojod. **Kontraindikation:** Stillperiode. **Nebenwirkungen:** Vereinzelt können leichtere allergisch-toxische Reaktionen auftreten, z. B. Exanthem, Übelkeit, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen und Ikterus. Schwere Komplikationen sind sehr selten (Fieber, Agranulozytose, Thrombozytopenie). **Anwendung:** Anfangsdosis 3 x 1/2 bis 4-5 x 1 Tabl. täglich. Langzeitbehandlung 1/2 bis 3 x 1/2 Tabl. täglich. **Hinweise:** Während der Schwangerschaft sollte unter strenger ärztlicher Kontrolle versucht werden, die geringste, gerade noch wirksame Dosierung zu wählen. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 12,85; 250 Tabl. DM 48,70. **Preisangaben:** Apotheken-Verkaufspreise mit MWST.; Stand Juli 1979.

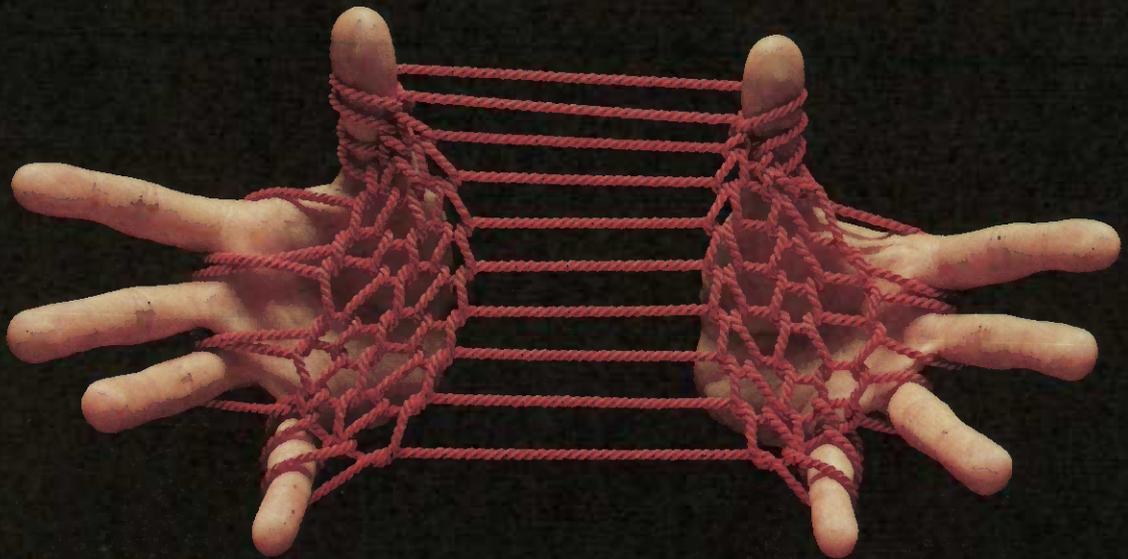


HENNING BERLIN GMBH - Berlin 42

Neue
Monosubstanz

Biarison®

optimiert
die
Rheumatherapie



Sandoz AG 8500 Nürnberg

Biarison®

O Zusammensetzung

1 Kapsel enthält 300 mg Proquazon
1 Zäpfchen enthält 300 mg Proquazon

A Anwendungsgebiete

Degenerative rheumatische Erkrankungen
- Osteoarthritis der Hüfte, des Knies oder anderer Gelenke
Chronisch-entzündliche Erkrankungen
- chronische Arthritis
- Spondylarthritis ankylopoetica
Akute entzündliche Erkrankungen
- akute Gicht
- akute rheumatische Schmerzzustände (Ischias, Zervikalsyndrom, Hexenschuß, Torticollis etc.)
- extraartikuläre rheumatische Erkrankungen (Tendinitis, Bursitis, Synovitis und Tendosynovitis)
- schmerzhaft-entzündliche Krisen im Verlauf degenerativer Gelenkerkrankungen
- Verrenkungen und Verstauchungen

II Gegenanzeigen

Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür, bekannte

Überempfindlichkeit gegen Salicylate.

Vorsicht ist geboten bei Neigung zu Verdauungsstörungen oder bei Leber- und Nierenfunktionsstörungen. Da über die Wirkung von Biarison auf das ungeborene Kind und den Säugling bisher keine Erfahrungen vorliegen, sollte Biarison während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewandt werden.

Dessgleichen können über die Behandlung von Kindern vorläufig noch keine Angaben gemacht werden.

III Nebenwirkungen

Gelegentlich können während der Biarison-Behandlung Magen- und Darmbeschwerden (Magen- und Unterleibsschmerzen, Übelkeit, Durchfall) auftreten, die bei Reduzierung der Dosis, Einnahme der Kapseln zu einer Mahlzeit, Verabreichung von Zäpfchen statt Kapseln oder ggf. durch kurze Unterbrechung der Behandlung von selbst abklingen. Sehr selten werden Blutdruckabfall, Herzjagen, Kopfschmerzen oder Hautreaktionen beobachtet. Besonderer Hinweis: Wie bei anderen entzündungshemmenden Arzneimitteln sollten auch während einer längeren Behandlung mit Biarison regelmäßige Blutbildkontrollen durchgeführt werden.

IV Dosierung

Die Dosierung richtet sich nach dem Krankheitsbild und der individuellen Reaktion des Patienten. Die Normaldosis ist 2mal 1 Kapsel bzw. 2mal 1 Zäpfchen pro Tag. In schwereren Fällen kann ohne weiteres auf 3mal, kurzfristig auch auf 4mal täglich 1 Kapsel oder 1 Zäpfchen erhöht werden. Die Gabe von Zäpfchen empfiehlt sich auch als abendliche Dosis, vor allem bei empfindlichen Patienten. Die Kapseln werden zu oder nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit geschluckt.

V Wechselwirkungen mit anderen Mitteln
sind nicht bekannt. Biarison kann mit anderen Antirheumatika wie Kortikosteroiden oder Acetylsalicylsäure kombiniert werden. Eine Wechselwirkung mit oralen Antikoagulantien wurde nicht festgestellt.

VI Handelsformen

Kapseln: Originalpackungen zu 20, 50 und 100 Stück DM 17,96; 37,45 und 65,95 sowie Anstaltspackungen
Zäpfchen: Originalpackungen zu 10 Zäpfchen DM 10,95 sowie Anstaltspackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Juli 1979



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

Eine Hilfe zur Schnellorientierung – Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

Leitsymptom: Bewußtseinsstörung

Der Notfall: Thyreotoxische Krise (Basedow-Koma, Thyroid Storm)

bearbeitet von Dr. B. Weinheimer, Dr. J. Jung und Professor Dr. P. G. Scheurlen

Symptomatik:

- Bewußtseinseintrübung bis zum Koma (eventuell nach starker Unruhe bzw. psychotisch delirantem Vorstadium)
- Warme, meist feuchte Haut, deutliche Hautrötung als Zeichen intensiver Hautdurchblutung
- Fieber bis über 40° C
- Tachykardie (140 bis 200/min), eventuell mit absoluter Arrhythmie und Vorhofflimmern. Auffällig große Blutdruckamplitude mit systolischer Hypertonie, später Hypotonie
- Hör- und tastbares Schwirren über einer normalen oder vergrößerten Schilddrüse
- Häufig Erbrechen und/oder Durchfälle
- Bei nicht vollkommener Bewußtseinstrübung deutliche Muskelschwäche nachweisbar. Auffällig verwaschene Sprache

Anamnese:

Vorbestehende Schilddrüsenerkrankung. Vorausgegangene Schilddrüsenoperation. Auslösung durch akute Infekte, durch diagnostische Maßnahmen mit Inkorporation jodhaltiger Substanzen (z. B. Cholangiographie, Urographie, Lymphographie, Myelographie) oder therapeutische Inkorporation jodhaltiger Substanzen (z. B. Calcium jodatum als Expektorans)

Zunehmende Symptomatik einer Hyperthyreose (z. B. Tachykardie, große Blutdruckamplitude, auffälliger Gewichtsverlust, Schweißneigung, Hautrötung, Unruhe, Adynamie)

Sofortdiagnostik:

- Messung und kontinuierliche Überwachung von: Herzfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur
- Bestimmung von Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Kreatinin, Transaminasen (eventuell Cholesterin) und kleines Blutbild
- Blutentnahme zur Bestimmung der Schilddrüsenhormon-Konzentrationen

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Wichtigste therapeutische Sofortmaßnahme ist die Einweisung in eine Klinik mit Erfahrung in der Behandlung einer thyreotoxischen Krise.

Dort Therapie nach folgendem Plan

I. Spezifische Maßnahmen

A. Thyreostatika:

- a) Blockade der Hormonsynthese: Intravenöse Dauerinfusion 80 mg *Favistan* i. v. sofort, dann Dauerinfusion von *Favistan* (ca. 160 bis 240 mg/täglich)
- b) Blockade der Hormonausschüttung durch hohe Jodgaben (intravenöse Dauerinfusion von 4 bis 6 Ampullen *Endojodin* pro Tag)

B. Glukokortikoide: *Hydrokortison* (Hoechst) bis 300 mg/täglich intravenös

C. Sympathikolytika:

- a) *Reserpin* (4 bis 7 x 1 mg intramuskulär) α -*Methyl-Dopa* oder *Guanethidin*
- b) Beta-Rezeptorenblocker (z. B. *Visken* 0,1 mg/Std. intravenös oder *Trasicor*)

II. Zusätzliche Maßnahmen

- Hohe Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr
- Sedierung (Barbiturate, Phenothiazine, Benzodiazepine, lytischer Cocktail)
- Breitbandantibiotika
- Digitalisierung
- Künstliche Hibernation (Temperaturzelt, Eisblasen)
- Intermittierende O_2 -Beatmung

Indikation für die sofortige Überweisung zum entsprechenden Facharzt bzw. in die Klinik

sind die Schwierigkeiten der sicheren Diagnose und die sich daraus ergebenden komplizierten therapeutischen Maßnahmen mit der Notwendigkeit einer genauen Überwachung.

Differentialdiagnose:

Hochfieberhafte Erkrankungen. Akuter Phäochromozytom-Anfall. Myokarditis. Hypoglykämisches Koma



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Dezember 1979

Zum Jahresende

Ein besonders inhaltsreiches, mit vielen Spannungen und Sorgen begleitetes, aber auch mit einigen hoffnungsvollen Lichtern aufgehelltes Jahr geht zu Ende.

Für die Bayerische Landesärztekammer ist es das erste Jahr einer neuen Wahlperiode, für die im Januar die verantwortlichen Vorstandsmitglieder gewählt worden sind. Höhepunkt des „Kammerjahres“ war der 32. Bayerische Ärztetag in Bad Tölz. Seine Aussegnen haben breite Beachtung gefunden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns beendet eine Wahlperiode, die wie kaum eine andere durch harte Auseinandersetzungen sowohl in Bayern wie in der Bundesrepublik gekennzeichnet war. Das letzte Jahr dieser Wahlperiode steht aber unter dem Zeichen eines in die Zukunft weisenden Neubeginns unserer Beziehungen zu unseren RVO-Vertragspartnern, den Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern, wie ihn wohl zu Beginn des Jahres noch niemand erwartet hätte. Zugleich war das Verhältnis zu den Ersatzkassen durch Fortdauer vertrauensvoller Zusammenarbeit gekennzeichnet.

Für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns ist dieses Jahr 1979 zugleich ein Jubiläumsjahr. Es sind gerade 30 Jahre, daß der Bayerische Landtag die Übergangsphase nach dem Zusammenbruch beendete und durch ein Gesetz vom 30. September 1949 die Rechtsverhältnisse der Kassenärzte und Kassenzahnärzte in Bayern regelte.

Freilich, ihre unermüdliche Arbeit wurde durch Krieg und Zusammenbruch auch unter den bösen Verhältnissen der Nachkriegsjahre nie unterbrochen. Eine neue Rechtsgrundlage war aber dringend notwendig, um den Neuaufbau der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung in Bayern voranzutreiben. Ein würdiger Festakt kurz vor den Weihnachtstagen soll der Bevölkerung unseres Freistaates ins Bewußtsein rufen, was die Ärzte und Zahnärzte Bayerns zu ihrem Wohlbefinden und ihrer Lebensfreude beigetragen haben.

Wenn man schreibend in einer stillen Ecke sitzt und darüber nachdenkt, was dieses zu Ende gehende Jahr besonders kennzeichnet, dann empfindet man zwiespältige Gefühle. Soll man von dem schreiben, was unseren Berufsstand bewegt, oder nicht besser von dem, was uns als Menschen schlechthin – als Bürger dieses Landes und dieser Welt – immer besorgter macht?

Kein Zweifel, die Misere der ärztlichen Ausbildung, die auf uns zukommende Nachwuchsschwemme mit all ihren bösen Folgen, die wirtschaftlichen Probleme in der freien Praxis und im Krankenhaus, die unveränderten Ziele der Systemveränderer – das alles sind Themen, die uns voll beanspruchen, denen unsere Sorge und Aufmerksamkeit gilt.

Und dennoch: Wenn man um sich blickt und erkennen muß, wie dieser Welt allenthalben Wunden geschlagen werden, die nur schwer, vielleicht niemals geheilt werden können, überkommt jeden von uns Angst und Beklemmung.

Die westliche, oder wie wir noch sagen können, die freie Welt betreibt eine Politik, welche immer mehr Länder und Völker in die Gewalt des Weltkommunismus und damit in die Unfreiheit stürzt. Man mag einwenden, das Beispiel China zeige, daß für völlig unterentwickelte Völker auch oder gerade der Kommunismus aus der Unterentwicklung heraus führe. Das kann uns nicht darüber hinweg täuschen, daß sich die Gewichte immer mehr verschieben, und daß – denkt man an Rhodesien und Südafrika – auch andere Länder das Opfer dieser Entwicklung werden können. Wann greift das über auf „unser“ Europa?

Wenn werden auch wir Begriffe wie Freiheit des Bürgers und Freiheit des Arztes zu unseren heimlich gehüteten Erinnerungen zählen? Wir können schließlich nicht übersehen, daß dieses Schicksal Millionen unserer deutschen Mitbürger im Osten schon getroffen hat. Ist es eine Erleichterung zu sagen, „uns Alte“ werde es schon nicht mehr erwischen? Der Gedanke an des Schicksal unserer Nachkommen erscheint fast noch beklemmender.

Mit Erschütterung müssen wir zusehen, wie in Kambodscha die Kinder an Hunger sterben. Nicht etwa deshalb, weil die Ungunst der Natur es so will, sondern einzig und allein, weil die beiden Kräfte des Weltkommunismus ihren Machtkampf bei der Eroberung Süd-Ostasiens austoben! An des Schicksal der Vietnamesen hat man sich inzwischen „gewöhnt“. Die Tregödie in Persien verfolgt der Weltbürger je nach Temperament mit Spannung oder Anteilnahme am Fernsehschirm.

Kehren wir zurück ins eigene Land. Wir stehen am Beginn eines Wahlkampfes, dessen erste Anfänge bereits erahnen lassen, was uns bevorsteht. Die Sorge scheint nicht unbegründet, daß man einen Mann schlägt und in Wirklichkeit die Demokratie trifft.

Die uns Ärzten gestellte Aufgabe bleibt unverändert: Wir sollen und wollen unseren Mitmenschen in ihrer gesundheitlichen Not helfen, so gut wir können. Möge uns dazu auch in Zukunft der notwendige Freiraum gegeben sein.

Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen und ihren Familien ein gesegnetes Weihnachtsfest und alles erdenklich Gute für das kommende Jahr!

Unser besonderer Dank gilt zugleich allen, die sich für die Arbeit in der ärztlichen Berufsvertretung zur Verfügung gestellt und damit zur Erfüllung unserer Aufgaben und zur Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung beigetragen haben.

Professor Dr. Sewering

Dr. Breun

Dr. Fuchs

Dr. Kolb

Vollversammlung des 32. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Lebensfragen der Ärzteschaft

Referat von Professor Dr. Sewering

Der Tätigkeitsbericht umfaßt traditionsgemäß nicht nur eine Darstellung dessen, was routinemäßig in der Kammer im Laufe des Berichtsjahres getan wurde, sondern er dient uns auch dazu, aktuelle Probleme der Gesundheits- und Sozialpolitik und der ärztlichen Berufspolitik darzustellen und zu diskutieren. Ich glaube, im Laufe der Jahre hat sich gezeigt, daß dieser Tagesordnungspunkt einer der zentralen Beratungsgegenstände unseres Ärztetages geworden ist, weil er uns Gelegenheit gibt, die brennenden Probleme zu diskutieren und dazu gegebenenfalls Beschlüsse zu fassen.

Sie haben den schriftlichen Geschäftsbericht vorliegen, und ich hoffe, Sie hatten Zeit, sich damit zu beschäftigen. Wenn Sie ihn gelesen haben, werden Sie ja einen Eindruck von den vielfältigen Arbeiten der Kammer gewonnen haben. Sie konnten auch sehen, was die Ausschüsse bereits gearbeitet haben; sie sind ja neu konstituiert worden und haben ihre Arbeit aufgenommen. Ich würde sagen, sie haben die schon laufenden Arbeiten wie üblich fortgesetzt. Sie haben auch eine Liste, aus der Sie sehen, inwieweit bayerische Kollegen, Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer, in den Gremien der Bundesärztekammer mitwirken.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte, auch das konnten Sie feststellen, ist weiter gestiegen auf 22 844. Die Relation Ärzte zur Bevölkerung war am 1. Januar 1979 1 : 473. Ich habe sie nochmals zum Stichtag 30. September feststellen lassen und konnte sehen, daß in diesen neun Monaten ein weiterer Anstieg der Zahl der berufstätigen Ärzte eingetreten ist. Die

Relation ist jetzt nach dem neuesten Stand 1 : 459; also in der kurzen Zeit von Januar bis September ein Anstieg von 1 : 473 auf 1 : 459. Die Aufschlüsselung finden Sie in der Tabelle 2 des Geschäftsberichtes, der Sie die Verteilung auf die verschiedenen Gruppen entnehmen können. Sie sehen dabei den starken



Professor Dr. H. J. Sewering

Anstieg der Gruppe des ärztlichen Nachwuchses. Innerhalb der Ärzte an den Krankenhäusern macht die Gruppe Nachwuchs, also einschließlich der Oberärzte, die natürlich zum Teil auch schon in Lebensstellungen sind, immerhin den weitaus größten Teil aus, fast 90 Prozent. Es sind lediglich 11,3 Prozent leitende Ärzte registriert worden.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auch auf die Liste der Gebietsanerkennungen lenken, die in diesem Zeitraum

ausgesprochen wurden. Sie sehen, daß an der Spitze, wie auch das letzte Mal, die Internisten mit 152 stehen, denen bereits an zweiter Stelle die Gruppe der Allgemeinärzte folgt. Es scheint mir sehr erfreulich, daß die Zahl der Gebietsanerkennungen für Allgemeinmedizin erheblich zugenommen hat. Es scheint also doch das Interesse an der Allgemeinmedizin zu wachsen, und es scheint so zu sein, daß eine größere Zahl von Kollegen die Möglichkeit hatte, die Weiterbildung in der ärztlichen Allgemeinpraxis abzuleisten. Das ist sicher eine gute Entwicklung.

Dankschreiben aus der DDR

Sie finden auch einen Kurzbericht über das „Bayerische Ärzteblatt“. Dazu darf ich ergänzend sagen, daß nach der letzten Leseranalyse – Sie wissen ja, daß für alle Zeitschriften solche Leseranalysen gemacht werden, und zwar legt auf diese Leseranalysen vor allem die Industrie großen Wert, die die Anzeigen vergibt – der Anteil der Ärzte, die das „Bayerische Ärzteblatt“ lesen, 90 Prozent beträgt. Wir liegen damit in der Spitzengruppe der ärztlichen Zeitschriften in der Bundesrepublik. Die Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer, welche der Fortbildung der Ärzte dient, wird in Kürze, noch in diesem Jahr, ihren 50. Band herausgeben. Die Gesamtauflage aller herausgegebenen Bände beträgt fast 500 000. Ich glaube, das ist eine besondere Leistung der Bayerischen Landesärztekammer.

Mir ist nicht bekannt, daß eine andere Ärztekammer eine solche Schrif-

tenreihe für Fortbildung herausgibt. Wir freuen uns deshalb immer, wenn wir bei Versendung der Schriftenreihe an außerbayerische Empfänger so außerordentlich anerkennende Dankschreiben bekommen. Am meisten freuen uns die Dankschreiben aus der DDR. Auch dorthin schicken wir unsere Schriftenreihen seit Jahren, und die Zahl der Empfänger nimmt laufend zu; fast immer, wenn ein Kollege drüben wieder einen Band der Schriftenreihe bekommen hat, schreibt er uns, ob wir nicht auch seinen Kollegen Sowieso an der Poliklinik in unsere Liste aufnehmen könnten. Das tun wir natürlich sehr gern, um so auch einen kleinen Beitrag für die Verbindung zu den Kollegen drüben zu leisten.



Präsident, Vizapäsidenten und Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer

Erfreuliche Entwicklung: Tumornachsorge

Ein Wort zu den von der Bayerischen Landesärztekammer ins Leben gerufenen Tumorkliniken. Sie wissen, daß wir in Bayern zwei sehr angesehenen Tumor-Nachsorgekliniken haben, nämlich Bad Trissl für gynäkologische Tumorpatienten und Oberstaufen für Patienten mit verschiedenen Tumorformen, mit insgesamt rund 500 Betten. Die Kliniken sind beide in der Hand von privaten Trägern, werden aber nach wie vor von der Kammer betreut, die zugleich auch die Federführung der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Bayern hat. Es ist natürlich heute vielen gar nicht mehr in Erinnerung, daß diese Kliniken durch uns, die Kammer, ins Leben gerufen und, vor allem in der ersten Zeit der Anlaufschwierigkeiten, mit einem erheblichen personellen Einsatz auch betreut und gefördert wurden. Heute laufen diese Kliniken und sind ständig belegt. Die Kollegen wissen, was es bedeutet. Es hat sich glücklicherweise herumgesprochen, daß nach einer Primärbehandlung, sei es Operation oder Bestrahlung, eine klinische Nachbehandlung der Tumorpatienten von höchster Bedeutung ist und in immer größerem Umfang auch durchgeführt wird. Wir werden diese Kliniken natürlich auch weiterhin betreuen und uns darum kümmern, daß sie ihre Arbeit erfüllen können.

Man muß anerkennen, daß die gesetzlichen Krankenkassen die Bedeutung dieser Kliniken sehr bald

erkannt haben und daß die Pflege-satz-Verhandlungen, die auch hier regelmäßig geführt werden müssen, keine Probleme bringen. Die Kassen haben seit Jahren die nachgewiesenen Forderungen anerkannt, so daß wir also auch wirtschaftlich mit diesen Kliniken keine Sorgen haben.

In diesem Zusammenhang darf ich gleich auf das Thema Tumornachsorge ganz allgemein eingehen. Ich meine, daß sie von einer ganz zentralen Bedeutung ist. Es hat sich gezeigt, daß man die Behandlung eines Patienten, der ein Tumorleiden zu überstehen hatte, nicht damit beenden kann, daß man ihm sagt, er sei nun operiert oder bestrahlt. Selbst wenn man ihn in eine Nachsorgeklinik schickt, kann man das Geschehen nicht als beendet ansehen.

Es ist allgemeine Überzeugung, daß Tumorpatienten über Jahre hinweg intensiv ärztlich betreut werden müssen, und es ist heute auch allgemeine Überzeugung, daß das nicht intuitiv oder von Fall zu Fall so oder so gemacht werden kann, sondern daß man für diese ärztliche Nachbetreuung bestimmte Grundsätze zum Tragen bringen muß. Man muß sich also darüber klar sein, daß Nachuntersuchungen in bestimmten Abständen erforderlich sind; und man muß auch den Inhalt dieser Nachuntersuchungen festlegen, das heißt, es muß eine programmierte Tumornachsorge stattfinden.

Die Tumorzentren, welche nun allenthalben errichtet werden, publizieren gerade zu diesem Thema in der letz-

ten Zeit außerordentlich viele Arbeiten, und wenn man sie genau verfolgt, dann kann man feststellen, daß alle Arbeiten den gleichen Tenor haben. Man liest fast überall mit den gleichen Worten, die Tumorzentren müßten eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten festlegen. Das ist sehr erfreulich; diesen Satz kann man nur unterschreiben.

Ein Umdenkungsprozeß ist notwendig

Wenn man aber die Arbeiten ganz liest, dann wird dieser Satz immer sehr eindeutig interpretiert. Es ist nämlich immer die gleiche Vorstellung, die da lautet: wir, die Zentren, die Ambulatorien der Kliniken, übernehmen die Untersuchungen; denn die sind so diffizil, daß sie der Hausarzt nicht machen kann; der Hausarzt betreut die Patientinnen oder Patienten in der Zwischenzeit und sorgt dafür, daß sie die Einberufung zur Nachuntersuchung auch wirklich einhalten.

Gerade hier müssen unsere Überlegungen einsetzen. Irgendwie hat man bei den Verfassern dieser zahlreichen Arbeiten den Eindruck, daß in den Kliniken immer noch nicht genügend bekannt ist oder zur Kenntnis genommen wird, daß die niedergelassene Ärzteschaft sich etwa zur Hälfte aus Allgemeinärzten und zur anderen Hälfte aus Ärzten der verschiedensten Fachgebiete zusammensetzt. Es ist mir manchmal ein



Ehrengäste (von links nach rechts: Ministerialdirigent a. D. Dr. Hein, Ministerialrat Scholz, Professor Deneke, Präsident Dr. Vilmar)

bißchen unverständlich, daß in diesen Zentren der Eindruck zu bestehen scheint, als ob ein Arzt, solange er am Zentrum tätig ist, in der Lage ist, auch diffizile Untersuchungen durchzuführen, daß er aber die gleiche Fähigkeit nicht mehr besitzt, wenn er die Klinik verläßt und sich in eigener Praxis in seinem Fachgebiet niederläßt. Ich glaube, hier muß von unserer Seite aus nachgeholfen werden, damit ein gewisser Umdenkungsprozeß stattfindet.

Ich habe deshalb seit Jahren dafür plädiert, daß wir uns um die Tumornachsorge kümmern. Ich habe auch in den Vorständen der Kammer und der Kassenärztlichen Vereinigung dringend empfohlen, daß solche Nachsorgeprogramme von uns aufgenommen werden. Aber ich bin ganz generell der Auffassung, daß es bei der ambulanten Tumornachsorge nicht darauf ankommt, ob sie in der Klinik gemacht wird, sondern daß es darauf ankommt, daß sie von fachkundigen Ärzten unter Verwendung von Programmen gemacht wird, an die wir uns alle gebunden fühlen. Das heißt, es müssen die Programme im Vordergrund stehen, und es müssen diejenigen, die nach diesen Programmen arbeiten, auch bereit sein, sie einzuhalten; aber es kann nicht so sein, daß die Nachuntersuchungen der Tumorpatienten in den Kliniken, in den Zentren, in den Ambulatorien stattfinden und die niedergelassene Ärzteschaft lediglich die Verbindung zwischen Zentrum und Patienten herstellt und sich in der Zwischenzeit darum kümmert, wie es ihm geht.

Das ist auch der Grund, warum wir von Kammer und KV her Nachsorgeprogramme zunächst einmal für drei Tumorformen entwickelt und nach Beschlußfassung durch die Vorstände auch den Kollegen schon zur Verfügung gestellt haben.

Es wurde an diesen Programmen, die im wesentlichen in unserer Tumorklinik Trissi von Herrn Leonhard und Mitarbeitern ausgearbeitet worden sind, Kritik geübt, sie seien zu umfangreich, sie würden zu viele Untersuchungen beinhalten, seien auch zeitlich zu eng. Wir haben inzwischen auch eine Reihe von Vorschlägen der Bayerischen Gynäkologischen Gesellschaft zur Modifizierung des Programms erhalten; darüber wurde gesprochen, und wir sind dabei, diese Vorschläge in das Programm einzuarbeiten.

Ich bin sehr froh darüber, daß solche Vorschläge gemacht werden. Wenn sie eine Verbesserung darstellen, werden wir dankbar sein und sie auch gern aufnehmen. Wir sollten aber immer daran festhalten, daß diese Programme primär von den Ärzten durchgeführt werden, die in der ambulanten Praxis diese Patientinnen und Patienten betreuen.

Wir sind sehr froh über die Zusammenarbeit mit den Zentren, und jeder von uns, der mit solchen Patienten zu tun hat, wird diese Zusammenarbeit pflegen. Aber sie muß sich darauf beschränken, daß Patienten in die Zentren rücküberwiesen werden, die einer erneuten stationären Be-

handlung bedürfen oder bei denen sich Probleme stellen, die nun einmal einer ambulanten Behandlung oder Untersuchung nicht zugänglich sind. Nur in dieser Form kann die Zusammenarbeit verstanden werden.

Eine wichtige Aufgabe für die niedergelassenen Ärzte

Ich bitte alle Kolleginnen und Kollegen dringend, sich dieser Programme anzunehmen. Wenn die frei praktizierende Ärzteschaft es ablehnt, nach solchen Grundsätzen und Programmen zu arbeiten, dann bleibt gar nichts anderes übrig, als diese Patienten regelmäßig in die Zentren vorzuladen zur Nachuntersuchung; dann geht aber der niedergelassenen Ärzteschaft eine ganz wesentliche Aufgabe verloren, und wenn sie weg ist, ist sie unwiderbringlich weg. Das, glaube ich, muß man allen bewußt machen. Man sollte deshalb Anfangsschwierigkeiten nicht zu Grundsätzen hochjubeln, sondern man sollte gemeinsam zusammenhelfen, sie zu überwinden und dafür zu sorgen, daß hier wirklich eine fruchtbare Arbeit geleistet wird.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat sich euch bereit erklärt, die Befunde zu speichern, um auf diese Weise eine Längsschnitt-Beobachtung dieser Patienten zu ermöglichen, wobei wir ein eigenes System entwickelten, um die Anonymität dieser Patienten, wenn ihre Befunde gespeichert werden, zu sichern. Wir haben einen Nachsorge-Terminkalender entwickelt mit Kennziffern. Dieser Nachsorge-Terminkalender soll vom primär behandelnden Arzt für die Patienten ausgestellt werden. Er notiert dann die Kennziffer, und bei uns laufen die Befunde mit dieser Kennziffer ein. Wir kennen also die Patienten nicht, aber der Arzt weiß, wem diese Ziffer zuzuordnen ist. Er kann also jeweils die Verbindung herstellen zwischen Kennziffer und Patient.

Anonyme Datenspeicherung ist möglich!

Wir glauben, daß gerade diese Absicherung, diese Anonymität in der Datenspeicherung von wesentlicher Bedeutung ist; die sogenannten Krebsregister, welche allgemein propagiert werden, kennen nur eine offene, personenbezogene Datenspeicherung. Wenn wir uns überle-

gen, daß nun für Tumorpatienten die Krebsregister entstehen — die Rheuma-Doktoren sind schon längst der Meinung, daß auch die Rheumatiker alle zentral erfaßt und gespeichert werden müßten; die Infarktbehandler haben schon vor Jahren gefordert, daß man die Infarktpatienten zentral erfaßt und Längsschnitte beobachtet —, dann ist wohl langsam jeder neben dem sonstigen Datenspeicher auch noch in einem Spezialepeicher für seine Erkrankungen.

Ich glaube, dem muß man entgegenwirken. Die Anonymität der Datenspeicherung ist möglich, und man kann trotzdem über eine Kennziffer eine Längsschnitt-Beobachtung durchführen. Diese Datenspeicherung ist für die EDV-Abteilung der KV Bayerns natürlich eine erhebliche Mehrbelastung, die wir aber gern auf uns genommen haben und die auch unsere Mitarbeiter mit Freude auf sich genommen haben, weil sie gern neben der reinen Speicherung von nüchternen Zahlen und Abrechnungsdaten auch einmal derart interessante Aufgaben erfüllen.

Ich habe von Anfang an dem Tumorzentrum in München eine enge Zusammenarbeit angeboten und auch immer wieder darauf hingewiesen, daß die wissenschaftliche Auswertung der von uns gesammelten Daten eine Aufgabe der Wissenschaft und nicht der Bayerischen Landesärztekammer sein kann. Dennoch war ich etwas überrascht, als ich in einem Protokoll der Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren in Heidelberg lesen mußte, die bayerischen Aktivitäten könne man wohl nur als den Versuch eines Unterlaufens der Tumorzentren werten. Eine so breite Beobachtung einer Patientengruppe, wie wir sie als Kammer und Kassenärztliche Vereinigung für einen ganzen Flächenstaat betreiben können, kann ein Tumorzentrum überhaupt nie zustande bringen. Also hätte ich gedacht, daß die Wissenschaftler am Tumorzentrum recht froh sind, wenn wir ihnen die Unterlagen für wissenschaftliche Arbeit zur Verfügung stellen. Es war also etwas enttäuschend, lesen zu müssen, daß man unsere Arbeit als ein „Unterlaufen“ ihrer Aktivitäten wertet. Daraus muß man allerdings wieder den Schluß ziehen, daß eben der Zentralisierungsgedanke in diesem Bereich offenbar doch recht weit verbreitet ist.

Eine Bitte um Unterstützung

Ich möchte Sie also herzlich darum bitten, diese Arbeit zu unterstützen und, wenn jetzt die überarbeiteten Untersuchungsprogramme den Kollegen zugehen, auch dafür einzutreten, daß die niedergelassenen Ärzte wirklich mittun und die Patienten, die sie betreuen, davon erfaßt werden.

Trotz der vielen Widerstände und trotz der Tatsache, daß wir im Hinblick auf die Anlaufphase und die kritischen Anmerkungen auch keine breite Werbung betreiben wollten, haben etwa zehn Prozent der Gynäkologen bereits sehr intensiv mitgearbeitet. Es wurden die Daten von 1719 Patienten an uns geschickt, insgesamt 3226 Untersuchungsberichte. Schon bei dieser kleinen Zahl konnte in der Auswertung festgestellt werden, daß die Zahl der Rezidive und neu festgestellten Metastasen beachtlich hoch ist. Das heißt, die Notwendigkeit dieser Nachuntersuchungen ist völlig klar erwiesen.

Wie sehr der Trend dahin geht, diese Aktivitäten zu institutionalisieren, konnten Sie gerade aus der Mitteilung entnehmen, daß die Frau Bundesgesundheitsminister die sogenannte große Krebskonferenz einberufen hat. Wenn Sie das Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung lesen, dann können Sie auch daran erkennen, daß der Trend ganz eindeutig in die Institutionalisierung geht. Wenn man sich aber die Untersuchungsprogramme ansieht, die in den Kliniken gemacht werden, muß man sagen, daß die niedergelassene Ärzteschaft heute in der Lage ist, auch solche Untersuchungen, Isotopen-Untersuchungen, Röntgen-Untersuchungen und so weiter, in freier Praxis durchzuführen. Man kann also dem Patienten den Weg ins Zentrum ohne weiteres ersparen.

Daß unser Gedanke, die ambulante Tumor-Nachsorge zu intensivieren oder überhaupt erst aufzubauen, gar nicht so außerhalb der Überlegungen liegt, zeigt auch ein Bericht aus Nordrhein, wo sich eine Gruppe von Kollegen zusammengetan und bereits mit einem Nachsorgepaß ein Programm entwickelt hat, um solche ambulante Untersuchungen durchzuführen.

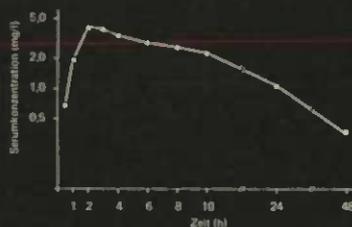
Doxy-Tablinen. Man kann es besser machen! Wir haben es gemacht: Tabletten. Und sehr viel preiswerter!

Doxycyclin 100 mg
Breitbandantibiotikum

Doxy-Tablinen®

⊕ **Mit allen Vorteilen der Tablette:**

schneller Zerfall
keine Irritation der Speiseröhre
gut teilbar (Akne, Kinder)
sehr gute Bioverfügbarkeit
sehr preiswert.



Bioverfügbarkeit nach Gabe von 2 Tabletten Doxy-Tablinen

8 Tabl.

18.06

16 Tabl.

33.—

Indikationen: Infektionen mit Doxycyclin-empfindlichen Erregern.

Kontraindikationen: Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien, Leukozytopenie, negative Stickstoffbilanz, Erhöhung des Rest-N bei Urämikern, Pseudoglukose, Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft, Vorsicht bei bestehendem Scur. Während der Knochen- und Zahnentwicklung kritische Abwägung der Einnahme, da Zahnverfärbungen und Knochenentwicklungsverzögerungen auftreten können.

Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störungen und allergische Reaktionen sind selten.

Dosierung und Anwendungsweise: Am 1. Tag morgens und abends je 1 Tablette, anschließend ist jeden Tag 1 Tablette mit möglichst viel Flüssigkeit einzunehmen.

SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28



Münchener Delegierte

Die Münchener Perinatal-Studie

Eine weitere erfreuliche Arbeit der Kemmer und der Kassenärztlichen Vereinigung, und zwar in diesem Fall in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte und den Kinderärzten, ist unsere Münchener Perinatal-Studie. Es wurden über drei Jahre insgesamt 55 000 Geburten ausgewertet. Es zeigte sich dabei, daß ein ganz enger Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Schwangerenuntersuchungen und der Mütter- und Säuglingssterblichkeit besteht. Ich möchte, da er in unserer Mitte weilt, Herrn Conrad besonders erwähnen, der sich um diese Arbeit sehr verdient gemacht hat.

Der Berichtsband wird in Kürze erscheinen, das Interesse im Bundesgebiet ist groß.

Dauereinrichtung für ganz Bayern

Der Vorstand der KV hat inzwischen beschlossen, die Münchener Perinatal-Studie zu einer Dauereinrichtung zu machen und auf das ganze Land Bayern auszudehnen. Die Vorarbeiten sind im vollen Gang. Es werden also in Zukunft die Geburten in Bayern nach den Grundsätzen, die in München erarbeitet wurden, ausgewertet, um auf diese Weise die Geburtshilfe in unserem Lande noch weiter zu verbessern und die Säuglings- und Müttersterblichkeit zu senken, soweit das überhaupt nur möglich ist. Ich glaube, daß damit von Bayern und von der ärztlichen Berufsvertretung her ein erheblicher

Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge geleistet wird.

In Bremen will der Staat ein Modellprogramm durchführen, in das auch die Hebammen eingeschaltet werden sollen; den Hebammen soll die Aufgabe zukommen, die Frauen zu Hause zu besuchen, sie zu motivieren, zu beraten, sie auch nach der Geburt zu besuchen, um auf diese Weise eine weitere Verbesserung zu bewirken. Nur entstehen da einige Fragen: Erstens einmal die Frage: wenn eine Frau sich an ihren Arzt wendet, und es wird eine Schwangerschaft festgestellt, sind die Ärzte überhaupt berechtigt, dem Gesundheitsamt diese Schwangerschaft zu melden, damit die Hebamme tätig werden kann? Ich würde sagen, sie sind nicht berechtigt dazu, so daß also das Gesundheitsamt die Hebamme gar nicht während der Schwangerschaft hinschicken kann; es sei denn, man führt eine Meldepflicht ein, was sicher in manchen Gehirnen herumgeistern mag.

Das Bremer Modell ist problematisch

Aber noch problematischer wird dieser Bremer Plan, wenn man das vom Bundesarbeitsministerium ausgearbeitete Programm zur Verbesserung der Ausbildung der Hebammen mit berücksichtigt. Dieses Programm des Bundesarbeitsministeriums zur Ausbildung der Hebammen sieht vor, daß die Hebamme in Zukunft in der Lage sein soll, praktisch die gesamte Schwangerenvorsorge allein durch-

zuführen. Das Ausbildungsprogramm geht bis zur Ultraschallwendung während der Schwangerschaft – das ist schwarz auf weiß, dieses Papier ist vorhanden, das ist kein Gerücht. Nur wenn man diese Hintergründe sieht – das Bundesarbeitsministerium finanziert diese ganze Studie –, dann weiß man, daß jetzt den Kollegen in Bremen die Hebamme schmackhaft gemacht wird, indem man sagt: Seid doch froh, wenn die mittut, die treibt euch ja die Patientinnen in die Praxis!

In Wirklichkeit will man nur dieses Modell ausprobieren. Und wenn man das einmal laufen hat, dann kommt der nächste Schritt: jetzt haben wir die gut ausgebildeten Hebammen, jetzt können die natürlich die Schwangerenbetreuung allein machen; und dann entscheidet die Hebamme darüber, wo eine Risikoschwangerschaft vorliegt, und die wird dann durch Entscheidung der Hebamme dem Arzt zugeführt.

Ich bin deshalb etwas überrascht gewesen über die Harmlosigkeit, mit der der Berufsverband der Frauenärzte, Landesgruppe Bremen, seinen Mitgliedern dieses Programm schmackhaft macht. Der Verfasser meint, wir könnten ja wohl nicht nein sagen, die Hebamme habe nun einmal in den skandinavischen Ländern eine Menge bewirkt. An anderer Stelle heißt es: „Dabei geht es nicht um eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeit in die Hände von Hebammen.“ Sein Wort in Gottes Ohr – eber er kennt einfach nicht die Ziele, die hier von seiten des Bundesarbeitsministeriums verfolgt werden und die natürlich in Bremen einen besonders fruchtbaren Boden für ihre Verwirklichung finden.

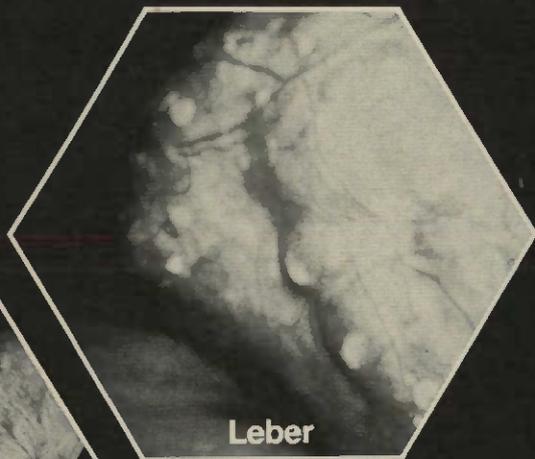
Im Grunde genommen ist dies eine Sozialisierung der Schwangerenbetreuung, eine Verlagerung in öffentliche Institutionen.

Herr Kollege Vilmar hat ja nicht nur auf diesem Gebiet, sondern auch auf anderen sehr tapfere Worte gefunden; ich erinnere an die Beratungsstelle Bremen. Diese Tapferkeit muß ich deswegen so besonders hervorheben, weil er in diesem sozialistisch regierten Land Bremen nicht nur lebt, sondern, wie man so schön sagt, ein Bediensteter dieses Landes ist; sein Dienstherr ist nämlich genau derjenige, der dieses Sozialisierungsprogramm betreibt. Daß er trotzdem

Die kausale Therapie

klinisch gesichert

Wirkstoff:



Gelum[®]

oral-rd

senkt den pathologischen Blut-pH-Wert
aktiviert das Immunsystem
optimiert den Sauerstoffumsatz in der Zelle
reguliert das physiologische Milieu

Indikationen:

Leberzirrhosen, Cholezystitis, Hepatitis, Leberinsuffizienz -
Chronische Polyarthrit, rheumatischer Formenkreis, Arthrosen -

Aktivierung des lymphatischen Systems und der Zellatmung, Sklerosen, Sauerstoffmangel-, Gewebe- und Geschwulst-erkrankungen,

Adjuvans in der Zytostatika- und Strahlentherapie.

Kontraindikationen: nicht bekannt (siehe Literatur)

Zusammensetzung:

100 g enthalten:
Kalium-Dieisen (III) triphosphat-Dikalium-Eisen (III) citrat-Komplex 30 g.
L(+)-Milchsäure 2,4 g,
D(-)-Milchsäure 0,6 g,
Vitamin B Komplex 0,16 g,
(Lactoflavin 10 mg,
Pyridoxinhydrochl. 10 mg,
Calc. pantothen. 15 mg,
Aneurinhydrochl. 25 mg,
Nikotinsäureamid 100 mg),
Aqua dest. ad 100 g.

Handelsformen:

Gelum[®] oral-rd 30 ml DM 10.75
100 ml DM 25.50
Klinikpackungen

weitere Darreichungsformen:

Gelum[®]-S 50 g Gel DM 7.25
Antiphlogistikum 100 g Gel DM 13.35
Gelum[®]-L 50 g Salbe DM 7.25
Dermatologikum 100 g Salbe DM 13.35
Gelum[®]-Supp. 10 Supp. DM 6.85
Antivarikosum 40 Supp. DM 23.-



DRELUSO
PHARMAZEUTIKA

3253 Hessisch Oldendorf 1

Depositar für Österreich:
Magister DOSKAR Ges. m. b. H.
Weimarerstraße 96
A-1190 WIEN



Oberbayerische Delegierte

den Mund aufmacht und sich nicht scheut, das Kind beim Namen zu nennen, möchte ich besonders hervorheben.

Weiter erfreulich: Transplantationen

Beim Thema Transplantation haben wir für unsere Arbeit einen besonders erfreulichen Erfolg erzielen können. Durch die Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer – Transplantations-Kolloquium, Schriftenreihe, Aktivierung der Kollegen über das Ärzteblatt – bekommt tatsächlich das Transplantationszentrum München heute genügend Nieren, um den bestehenden Bedarf zu decken. Das halte ich für einen ganz großen Fortschritt, und wir sollten uns bemühen, das für das ganze Land Bayern sicherzustellen; denn damit wird einer besonders bedauernden Gruppe von Menschen geholfen. Es zeigt sich vor allem, daß solche Aktivitäten den Grundsatz der Subsidiarität lebendig machen und beweisen, daß man nicht immer nur nach dem Gesetzgeber schreien soll.

Die ganze Bevölkerung in dieser Frage zum Beispiel mit der Widerspruchslösung anzusprechen, kann nicht sinnvoll sein, wenn man bedenkt, daß der Kreis der möglichen Spender außerordentlich klein ist. Wenn ich mich umsehe in unserem Saal, dann könnte man von vornherein sagen, daß keine zehn Prozent von uns überhaupt noch als potentielle Spender in Frage kommen. Man könnte andererseits sagen, je-

der, der sich ein Motorrad kauft – man mag es fast nicht aussprechen – gehört zu dieser Gruppe. Es sind die jungen Menschen, es sind diejenigen, die an schweren Schädelverletzungen sterben, wobei wiederum einzuengen ist, daß auch nur der als Spender in Frage kommt, der nicht an der Unfallstelle bereits tot ist, sondern der noch mit vitalen Funktionen in die Klinik kommt. Denn nur dann sind die Voraussetzungen für eine Organentnahme überhaupt noch gegeben.

Die Zahl der benötigten Nieren ist euch nicht so außerordentlich groß, aber für diejenigen, die diese Transplantation benötigen, ist es eine ungeheuer wichtige Sache. Ich bitte Sie also, auch diese Aktivität weiterhin zu unterstützen.

Noch immer unbefriedigend: Kindervorsorge

Zum Thema Früherkennung nur eine Anmerkung: Nach wie vor ist beim Kinderprogramm die Inanspruchnahme unbefriedigend. Nach den letzten Zahlen erreichen wir bei der U 7 eine Beteiligung knapp unter 70 Prozent. Es ist also schon wesentlich besser geworden, 1977 waren es noch keine 60 Prozent. Die U 8 hat eine Beteiligung von unter 60 Prozent. Die Zahlen bei U 1 und U 2, die mit 77 und 81 Prozent angegeben werden, sind sicher nicht zutreffend; hier handelt es sich natürlich nur um diejenigen Untersuchungen, die über die KV laufen. Leider bekommen wir

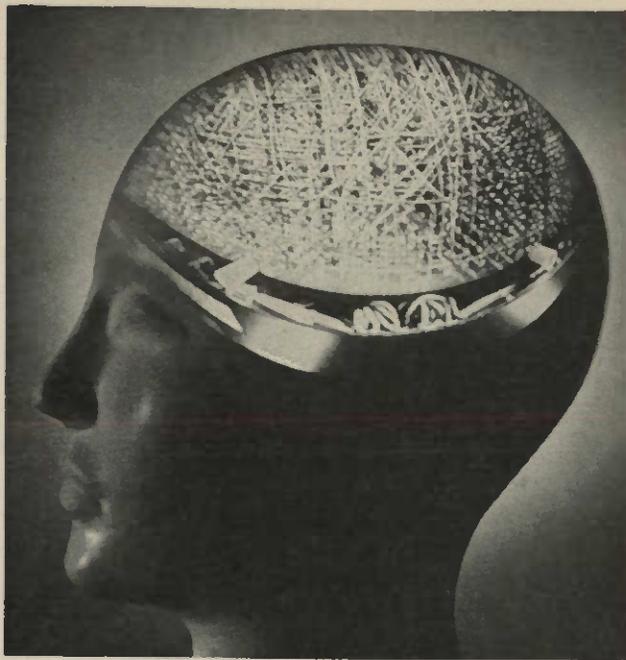
von den großen Anstaltskrankenhäusern die Untersuchungsbögen nicht zur Auswertung und können damit auch keine vollständige Statistik erstellen. Wir sollten aber gerade die Inanspruchnahme der Kindervorsorgeuntersuchung, nicht weniger natürlich auch der Krebsvorsorgeuntersuchung, stark propagieren. Die Teilnahme der Männer zum Beispiel an der Krebsvorsorge ist nach wie vor absolut ungenügend.

Blutdruckmessungen im Warenhaus?

Immer wieder kommt auch die Diskussion auf, ob man nicht doch ein Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramm einführen könnte. Ich darf dazu berichten, daß auch nach dem neuesten Stand der Erkenntnisse von allen Fachleuten international Herz-Kreislauf-Vorsorgeuntersuchungen abgelehnt werden, weil sie unter den notwendigen Voraussetzungen nicht durchführbar sind und die Ergebnisse uns nicht weiterbringen.

Das einzige, was man natürlich sehr einfach durchführen kann, ist die Blutdruckkontrolle. Aber auch hier haben sich Dinge entwickelt, die man keineswegs mehr begrüßen kann, wenn an Straßenecken, in Läden und Apotheken überall heute sogenannte Blutdruckgeräte aufgestellt werden, wenn die Leute im Rennen und beim Einkaufen sich schnell hinsetzen und messen lassen. Sie kommen dann aufgeregt in die Arztpraxis, weil auf dem Zettel ein sagenhafter Blutdruckwert steht, und sie meinen, sie sind schon kurz vor dem Schlaganfall. Interessant ist dazu ein Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf, wonach in Apotheken weder Blutdruckmessungen durchgeführt werden dürfen noch in ihren Schaufenstern dafür geworben werden darf. Das scheint mir ein sehr wesentliches Urteil, und wir werden uns mit seinen Auswirkungen noch zu beschäftigen haben. Ich würde anregen, daß wir darüber auch im Vorstand der Bundesärztekammer einmal sprechen. Hier sollten tatsächlich wieder vernünftige Verhältnisse einkehren.

Bei Herz und Kreislauf – das brauche ich in diesem Kreis von Ärzten nicht zu betonen – entscheidet sich das Schicksal des Menschen mit der Mitarbeit und der Bereitschaft des



Wyeth **Tavor**[®]

sorgt für Distanz zum psychischen Konflikt.

Angstzustände und Angstbereitschaften
werden abgebaut.

Autonome, vegetative Regulationen
werden harmonisiert.

Organfunktionsstörungen
und psychosomatische Erkrankungen
verlieren ihre psychogene Basis.

Zusammensetzung:

Tavor 1,0 = 1 mg Lorazepam pro Tablette
Tavor 2,5 = 2,5 mg Lorazepam pro Tablette
Lorazepam ist 7-Chlor-5-(o-chlor-phenyl)-1,3-dihydro-3-hydroxy-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

Anwendungsgebiete:

Angstneurosen; Angst als komplizierender Faktor bei organischen Krankheiten; emotional bedingte Störungen, z. B. Schlafstörungen, Magen-Darmstörungen und weitere neuro-vegetative Funktionsstörungen; Psychoneurosen wie Zwangneurosen und Phobien; Angstzustände bei Depressionen und Schizophrenien; Beruhigung vor operativen und diagnostischen Eingriffen.

Gegenanzeige:

Myasthenia gravis.

Vorsichtsmaßnahmen:

In höherem Alter, bei Zerebralsklerotikern und Kranken in reduziertem Allgemeinzustand sollen nur geringe Dosen angewandt werden. Erfahrungen mit Tavor während der Schwangerschaft liegen nicht vor. Frauen in der Gravidität sollen dieses Präparat daher nur bei strenger Indikationsstellung einnehmen. Bei der Anwendung von Tavor muß, besonders zu Beginn der Behandlung oder bei hoher Dosierung, an eine Einschränkung der Fahrtüchtigkeit sowie an eine Gelährdung im Straßenverkehr oder bei der Bedienung komplizierter Maschinen gedacht werden, die besonders bei gleichzeitiger Gabe weiterer Psychopharmaka und von Schlafmitteln auftreten können. Wie für alle psychotropen Wirkstoffe gilt auch für Tavor, daß gleichzeitiger Alkoholgenuß vermieden werden sollte, da die individuelle Reaktion im Einzelfall nicht voraussehbar ist.

Nebenwirkungen:

Tavor ist sehr gut verträglich. Zu Beginn der Therapie oder bei nicht angepaßter, zu hoher Dosierung können Benommenheit, Schwindel und Müdigkeit auftreten, die im weiteren Verlauf der Behandlung oder, wenn notwendig, bei Herabsetzen der Dosis meist verschwinden. Dies betrifft auch störende myotonolytische Effekte wie Bewegungsinkoordination und Doppelbilder, ferner seltene vegetative Symptome wie Mundtrockenheit und Übelkeit. In Einzelfällen wurden – wie auch bei anderen Benzodiazepinen – amnestische Erscheinungen beobachtet. Bei einem Psychopharmakon dieses Typs ist es nicht völlig auszuschließen, daß längere und hochdosierte Anwendung bei entsprechend disponierten und zu Mißbrauch neigenden Patienten zu einer gewissen Abhängigkeit führen kann.

Dosierung:

Zur Erreichung eines optimalen Effektes soll eine individuelle Dosierung erfolgen. Die angegebenen Dosen sollen daher nur als allgemeine Richtlinien angesehen werden.

– in der allg. und internistischen Praxis:
2- bis 3mal 1 Tablette Tavor 1,0 pro Tag. Bei emotional bedingten Schlafstörungen genügt in der Regel 1 Tablette Tavor 1,0 vor dem Schlafengehen.

– in der Chirurgie und Anesthesiologie:
Präoperativ 2 Tabletten Tavor 1,0 etwa 1 Stunde vor dem Eingriff. Am Vorabend der Operation sowie postoperativ in geeigneten Zeitabständen 1 bis 2 Tabletten.

– in der Psychiatrie:

Die Dosierung, besonders in der Einleitungsbehandlung, muß dem Einzelfall entsprechend dem breiten Indikationsgebiet und dem individuellen Ansprechen des Patienten angepaßt werden, bei organischen Hirnprozessen und leichteren dysphorischen Verstimmungszuständen beginnend mit 1–3 x 1 mg/Tag. Phobien, Angstsymptome, Toxikomanien, Alkoholentziehungskur 5 bis 7,5 mg (2 bis 3 Tabletten Tavor 2,5 pro die), Erhaltungsdosis nach initialer Dosenanpassung.

Bei ambulanter Behandlung, zu Beginn oder Ende der Therapie sowie zur Ermittlung der individuellen Dosierung können auch halbe Tabletten angewandt werden. Im Anschluß an eine länger dauernde Behandlung soll die Medikation ausschleichend beendet werden.

Preise:

Tavor 1,0 OP 20, 50, AP 500 Tabletten
DM 7,25, 17,02, 110,84 H. AT.

Tavor 2,5 OP 20, 50, AP 500 Tabletten
DM 13,41, 31,76, 214,08 H. AT.

In Österreich als Temesta 1,0 und Temesta 2,5 im Handel.



WYETH-PHARMA
44 Münster (Westfalen)
Postfach 8808

einzelnen, überhaupt etwas für seine eigene Gesundheit zu tun. Die Mitarbeit des Patienten heißt jetzt auf Deutsch übrigens nicht mehr „Mitarbeit“, sondern „Compliance“. Aber neudeutsche Worte führen uns wohl auch nicht weiter.

Gesundheitsvorsorge

Ein Problem der Gesundheitsvorsorge wird meines Erachtens heute völlig übersehen, wenn von Laienkreisen, aber auch ärztlichen oder ärztlich geleiteten Großorganisationen, die Spenden benötigen, in der Öffentlichkeit geworben wird. Neulich konnte man eine Annonce mit einem erschreckenden Inhalt lesen (es war ein schönes Bild dabei), da hieß es: „Jeder Zweite stirbt an Krebs, spenden Sie für die Sowieso!“ Das, meine ich, ist nicht ganz der richtige Weg, die Bevölkerung mit den Problemen oder der Notwendigkeit der Gesundheitsvorsorge vertraut zu machen. Letzten Endes müßte man ja immer wieder in Erinnerung rufen, daß die Sterblichkeit der Menschen unverändert und trotz aller Maßnahmen immer 100 Prozent betragen wird. Das heißt also: Gesundheitsvorsorge kann nicht darauf ausgerichtet werden, daß man sagt, jeder Zweite stirbt an Krebs; denn wenn jeder Zweite mit 95 an Krebs sterben würde, müßte man das als normalen Lebenslauf betrachten und könnte daraus keine Alarmmeldung mehr machen.

Gesundheitsvorsorge kann also immer nur als Ziel haben, den Eintritt von Erkrankungen hinauszuschieben und die Lebenserwartung der Menschen zu bessern. Das sollte man immer wieder betonen. Die Ergebnisse verbesserter ärztlicher Versorgung und verbesserter Lebensführung führen zu höherer Lebenserwartung, führen zu einer Zunahme der alten Menschen, und gerade in der Gruppe der alten Menschen nimmt natürlich die Zahl derer, die unter der Diagnose Krebs sterben, laufend zu, vor allem deswegen, weil die Diagnostik besser ist. Wenn Sie sich einmal eine Sterbestatistik um die Jahrhundertwende ansehen, dann sind die alten Menschen zu 85 Prozent unter der Diagnose Altersschwäche gestorben. Heute sterben sie vielleicht zu einem gleichen Prozentsatz im hohen Alter an einem Karzinom. Die Verlängerung der Lebenserwartung, die Er-



Niederbayerische Delegierte

möglichung eines normal ablaufenden Lebens ist, glaube ich, das Ziel unserer Bemühungen im Bereich der präventiven Medizin.

Thema: „Blaulichtarzt“

Wenn Sie die Ausführungen des Staatsministers des Innern zum Thema Rettungsarzt – oder „Blaulichtarzt“, wie ich es nenne – aufmerksam verfolgt haben, dann ist Ihnen sicher aufgefallen, daß er sich positiv geäußert, aber noch keine verbindliche Erklärung zum Abschluß einer mehrseitigen Vereinbarung abgegeben hat. Wir wissen, daß in seinem Haus gewisse Einwände bestehen. Aber die wesentliche Feststellung wurde von ihm gestern getroffen; nämlich die, daß der Dienst des Rettungsarztes ambulante ärztliche Betreuung ist und nicht Krankenhausleistung oder, wie man manchmal sagt, Vorverlegung der Tür des Krankenhauses an den Unfallort. Mit der Feststellung, daß es eine ambulante Leistung ist, ist auch unzweifelhaft bereits die Regelung verbunden, die sich daraus ergibt; denn für ambulante Leistungen bei Versicherten – und das sind 90 Prozent der Bevölkerung – zahlt die Krankenkasse nicht direkt, sondern an die Kassenärztliche Vereinigung; das heißt, es ist damit Teil des Sicherstellungsauftrags. Ich hoffe, daß diese Erkenntnis sich in Bälde durchsetzen wird.

Was ich außerordentlich bedauere, ist die Entwicklung im übrigen Bun-

desgebiet. Der Marburger Bund ist dabei, mit den Arbeitgebern, also den Krankenhausträgern, eine Ergänzung des Tarifvertrags zu vereinbaren, wonach die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rettungswagen Teil der Dienstaufgabe sein soll; wobei die Krankenhausträger sich bereit erklärt haben, dem Arzt für diesen Einsatz eine kleine zusätzliche Entschädigung zu gewähren. Angeboten wurden meines Wissens DM 15, gefordert wurden DM 21. Ich habe mit Herrn Kollegen Hoppe, der für den Marburger Bund diese Verhandlungen führte, eingehend gesprochen und ihm meine Bedenken erläutert. Er hat mir zugestimmt, daß auch er mit größtem Bedauern diese Verhandlungen führt und zu diesem Abschluß kommt. Ihm wäre eine Regelung, wie sie in Bayern angestrebt wird und vor ihrem Abschluß steht, wesentlich lieber gewesen. Er hat mir dann eindeutig erklären müssen, im ganzen Bundesgebiet habe sich bisher noch keine einzige Kassenärztliche Vereinigung dieser Aufgabe angenommen, so daß die Ärzte in der Luft hängen und dem Marburger Bund gar nichts anderes übrig bleibt, als über Tarifvertrag eine Absicherung der Kollegen zu suchen. Er versicherte mir, daß auch aus der Sicht des Marburger Bundes die in Bayern vorgesehene Regelung mit Abstand vorzuziehen wäre.

Der Grundsatz ist, daß jeder Arzt, der diesen Dienst macht, persönlich als Arzt eingeschaltet wird im direkten Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung und in Nebentätigkeit, soweit er es im Rahmen seiner Dienst-

Irritationen der Harnblase ein multikausales Geschehen

hormonal

bakteriell

funktionell

radiogen



Carito[®]

der problemlose Weg zur mictio normalis

Durch seine Komplexwirkung:

- spasmolytisch
- tonisierend
- antiphlogistisch
- antiödematös
- diuretisch
- antibakteriell

erweist sich Carito als wirksames Therapeutikum bei dysurischen Beschwerden jedweder Genese.

1/79

Zusammensetzung: Eine Kapsel enthält: Extr. Rad. Pereirae bravae spir. 3,286 mg, Extr. Sem. Cucurbitae spir. 9,862 mg, Extr. Fol. Demianae spir. 4,602 mg, Extr. Rad. Echineaceae purpur. spir. 49,318 mg, Extr. Bulbus Allii cepae spir. 46,030 mg, Extr. Gemmae Populi spir. 6,902 mg, Aescin 30,000 mg.

Anwendungsgebiete: Funktionelle, hormonale und radiogene Miktionsstörungen, Zystitis, Infekte der Harnblase, Prophylaxe und Therapie der Harnweginfekte nach urologischen und gynäkologischen Eingriffen.

Unverträglichkeiten und Risiken: Im ersten Trimenon der Schwangerschaft und bei schwerer Pankreatitis soll Carito nicht angewandt werden.

Allergische Reaktionen durch Carito sind bisher nicht bekannt geworden. Carito kann gleichzeitig mit Herz- und Kreislaufmitteln eingenommen werden, ohne

daß eine Wirkungsänderung der einzelnen Präparate zu erwarten ist.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen: Während der Therapie mit Carito, besonders in höherer Dosierung, können gelegentlich Unverträglichkeitserscheinungen im Bereich des Magen-Darmtraktes eintreten. In diesen Fällen sollte die Dosis reduziert werden (z. B. 3mal täglich 1 Kapsel).

Darreichungsform, Packungsgröße und Preise*:
OP mit 60 Kapseln DM 19,42
*Stand: Juli 1979



HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21



Oberpfälzische Delegierte

zeit macht; wenn er es in seiner Freizeit macht, ist es selbstverständlich auch nach diesem Tarifabschluß weiterhin seine persönliche Leistung, die ihm auch von der Kassenärztlichen Vereinigung honoriert wird.

Wir haben bereits mit den Landesverbänden der Krankenkassen darüber verhandelt und volle Übereinstimmung erzielt. Es wird also zu einer vernünftigen Honorierung dieser Leistungen kommen. Die Kassen haben sich auch grundsätzlich bereit erklärt, für die Bereitschaft eine Entschädigung einzuplanen; denn es ist in vielen Fällen so, daß der diensthabende Arzt in der Zentrale seinen Dienst ableistet und nicht zu Hause wartet auf den Einsatz, wie das beim Rendezvous-System möglich ist, das an verschiedenen Orten erfolgreich durchgeführt wird.

Ich möchte auch hier um Ihre Unterstützung bitten insoweit, als es notwendig ist, weitere junge Ärzte für diese Tätigkeit zu gewinnen. Der Einsatz soll freiwillig sein, auch im Rahmen des Sicherstellungsauftrags, aber wir müssen uns bemühen, überall in Bayern die Ärzte zu finden, die diesen wichtigen Dienst leisten.

Es gibt natürlich auch den Einwand: warum soll sich die KV hier engagieren? Wenn der Rettungsdienst, der Blaulichttarztdienst, getrennt von uns aufgebaut wird, sei es unter der Trägerschaft der Rettungsorganisationen oder der Krankenhäuser, dann entsteht eine neue Säule der ärztlichen Versorgung, die zunehmend den gesamten dringenden ärztlichen

Dienst übernehmen wird. Denn in dem Augenblick, in dem ein Träger einen Arzt im Dienst hat, der auf Einsätze wartet, ist es naheliegend, daß über die Zentrale jeder dringende Anruf – auch wenn es genügt, den Hausarzt zu verständigen – an diese Stelle weitergeleitet wird, und eines Tages sind wir so weit, daß eben die ganze Notfallmedizin in diese Hände gerät und der niedergelassenen Ärzteschaft verlorengelht. Das müssen wir verhindern.

Das Kapitel „Ärztenschwemme“

Wer sich an den Deutschen Ärztetag in Nürnberg erinnert, wird immer noch das Erstaunen empfinden und auch etwas die Enttäuschung, daß der bayerische Ministerpräsident zu diesem Thema eigentlich eine Auffassung vertreten hat, die wir nicht recht verstehen konnten. Letzten Endes ist es doch nicht so, daß wir hier mit der Stange im Nebel herumfahren und uns Gedanken machen, ob es jetzt zu viele Doktors werden oder ob sie vielleicht doch notwendig sind und man sie vielleicht doch brauchen kann.

Erste Feststellung: Die Fakultäten haben wiederholt erklärt, daß sie die Studentenzahlen, die ihnen jetzt zugemutet werden, nicht mehr nach der Approbationsordnung ausbilden können. Es ist einfach nicht möglich, Jahrgänge mit 12000 Studenten noch ordnungsgemäß auszubilden. Im übrigen darf ich Ihnen sagen, daß es 1979 laut Kultusministerkonferenz

schon 12400 waren. In der Zeit von 1980 bis 1990 rechnet man konstant mit jährlich rund 14000 Studienanfängern der Humanmedizin.

Zweite Feststellung: Wenn die Struktur der deutschen Krankenhäuser, die personelle Struktur, nicht total verändert wird, dann bleibt es dabei, daß pro Jahr rund 6000 Assistenzarztstellen frei werden können. In dem Augenblick, in dem die Zahl der Approbierten diese Zahl 6000 überschreitet, können die anderen ganz einfach keine Assistentenstelle mehr finden. Dann werden in Bälde mindestens genau so viel, das heißt 6000, vor verschlossenen Türen stehen. Das sind, meine ich, Fakten, an denen niemand vorbeigehen kann.

Es wurde natürlich darüber diskutiert, was mit den Überzähligen geschehen könnte. So wurde vorgeschlagen, die Überstunden an den Krankenhäusern abzubauen, dann könnten soundso viel neue Planstellen geschaffen werden. Aber: Ein Schichtdienst im Sinne eines Fertigungsunternehmens mit gleich starken Schichten läßt sich mit Sicherheit am Krankenhaus nicht organisieren. Das heißt also, wenn man die Assistenzärzte an feste Arbeitszeiten bindet und die Überstunden durch weitere Ärzte abdeckt, dann muß es dahin kommen, daß tagsüber die Kliniken mit Jungärzten überbesetzt sind. Anders kann die Konsequenz gar nicht sein.

Ich glaube nicht, daß die Qualität der ärztlichen Versorgung dadurch besser wird. Die Chancen, eine Weiterbildung in einer vernünftigen Zeit absolvieren zu können, werden sich rasant verschlechtern. Durch mehr Ärzte wird nicht die Zahl der Patienten oder der Eingriffe oder der sonstigen Aktivitäten vergrößert, sondern es muß sich das letzten Endes auf die Qualität der Weiterbildung auswirken. Ich meine, das kann kein sinnvoller Weg sein.

Eine andere Möglichkeit wäre natürlich die, daß die Vermehrung der Planstellen an den Krankenhäusern für nachgeordnete Ärzte in der Weise erfolgt, daß man schon weitergebildete Ärzte auf diese Stellen setzt, die dann ihre Lebenstätigkeit am Krankenhaus sehen. Das wäre ein gangbarer Weg. Das würde natürlich auch verhindern, daß Probleme hinsichtlich der Weiterbildung entstehen.

Der Langzeit- Husten- Blocker



Rascher Wirkungseintritt.
Lang anhaltende Wirkdauer.
Gute Verträglichkeit.
Saft und Kapseln.

Paracodin[®]

stoppt Husten
schnell und anhaltend

neu! **retard**

Zusammensetzung: 5 ml Saft (= ca. 1 Teelöffel) enthalten 11,1 mg Dihydrocodein, gebunden an 44,45–55,55 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure. 1 Kapsel enthält 20 mg Dihydrocodein, gebunden an 90–120 mg Kationenaustauscher Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure, und 5 mg Dihydrocodeinhydrogenitartrat. **Indikationen:** Husten und Hustenreiz jeder Art, insbesondere auch bei entzündlichen Affektionen der Atemwege, wie z. B. Pharyngitis, Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis, Pertussis sowie Husten bei Emphysem und Lungentuberkulose. **Kontraindikationen:** Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß; Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordung von Paracodin retard – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Paracodin retard kann zu Obstipation führen.

Dosierung und Anwendungsweis: Saft: Kleinkinder nehmen 1/2–1 Teelöffel, ältere Kinder 2 Teelöffel, Erwachsene 1 Eßlöffel voll, jeweils morgens und abends ein. Kapseln: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren nehmen 1 Kapsel morgens und abends ein. In Paracodin retard Saft liegt der Wirkstoff Dihydrocodein, gebunden an Kationenaustauscher, in suspensierter Form vor. Nach längerem Stehen bildet sich ein klarer Überstand. Durch kurzes Schütteln vor dem Gebrauch wird wieder eine gleichmäßige Wirkstoffverteilung erreicht. **Zur besonderen Beachtung!** Paracodin retard Saft ist für Säuglinge bis zu 1 Jahr und Paracodin retard Kapseln sind für Kinder unter 12 Jahren nicht geeignet. Paracodin retard kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird; dies gilt im verstärkten Maße im Zusammenhang mit Alkohol. Für Diabetiker sei erwähnt, daß 5 ml (= ca. 1 Teelöffel) Paracodin retard Saft 336 Milligramm Zucker enthalten; dies entspricht ca. 1,4 kcal bzw. 6 Joule. Paracodin retard steht aber auch zuckerfrei in Kapselform zur Verfügung. **Handelsformen:** Originalpackung 100 g Saft 7,96 DM. Originalpackung 10 Kapseln 7,96 DM. Originalpackung 20 Kapseln 14,58 DM.

KNOLL AG 6700 Ludwigshafen



knoll

Aber man muß auch die andere Seite sehen: die Zahl der Durchlaufstellen wird dadurch weiter verringert; das heißt, die Chancen, eine Stelle zu bekommen, werden damit noch schlechter für die Nachwachsenden.

Aber man kann es so und so sehen, das Dilemma wird auf uns zukommen; denn die Zahlen sind nun einmal vorhanden, sie sind kein Phantasieprodukt. Wir können uns Gedanken machen, wie wir wollen, wir können Vorschläge machen, wir können immer wieder darauf hinweisen, wie es weitergehen wird — die Änderung der Situation liegt nun einmal nicht in unserer Hand. Dazu fehlen uns die Kompetenzen. Eine Änderung wäre nur von der politischen Seite her möglich. Im Grunde genommen muß man immer wieder feststellen: eine Änderung wäre eben nur möglich durch die drastische Reduzierung der Zugangszahlen, damit wir wieder zu vernünftigen Verhältnissen kommen.

Wie geht es weiter in der freien Praxis?

Die nächste Frage, die sich stellt, ist die, wie es in der freien Praxis weiter geht. Juristisch könnte sich jeder, der keine Assistentenstelle bekommt — also in zunehmender Zahl bis zu mindestens 6000, die vor den Türen der Krankenhäuser stehen —, in der Kassenpraxis niederlassen; denn ab 1980 gibt es keine Zulassungsvoraussetzungen mehr. Es könnte also am Tag nach der Approbation eine Praxis gegründet werden. Daß das juristisch möglich ist, entbindet uns aber nicht von der Verpflichtung, die Öffentlichkeit darauf hinzuweisen, daß es ein Unding wäre, wenn diese Entwicklung tatsächlich eintreten würde. Ich meine, daß die Sorge um die nicht im Krankenhaus unterzubringenden Ärzte und die sich daraus ergebenden Konsequenzen der eigentliche Hintergrund der Diskussion in Nürnberg gewesen ist. Wir haben zwar über Ausbildung gesprochen, aber wohl die meisten Redner dachten daran, was dann auf uns zukommt, was die Konsequenz dieser Entwicklung sein wird, was wir dann mit dieser Ärzteschwemme tun, wenn sie sich in die freie Praxis ergießt.

Wir haben bei der Beurteilung der Möglichkeiten auszugehen von den



Oberfränkische Delegierte

durch unsere Verfassung vorgeschriebenen Grundsätzen, das heißt: die Ausbildung und die Zulassung zum Beruf einschließlich der Approbation sind Bundesrecht; die Regelung der Berufsausübung ist Landesrecht und der ärztlichen Berufsvertretung übertragen. Die einheitliche Ausbildung der Medizinstudenten führt nach dem gegenwärtigen Recht zur Approbation als Arzt, und die Approbation berechtigt — das können wir nicht wegdiskutieren — zur vollen Ausübung der Heilkunde. Und das ist die Frage: wie können wir damit fertig werden?

Früher hat das keine Rolle gespielt, denn jeder junge Arzt war vernünftig genug, sich zunächst einmal um eine Assistentenstelle zu bemühen und erst nach einigen Jahren der Assistententätigkeit in die freie Praxis zu gehen.

Wenn ich das geltende Recht noch einmal auf die Nürnberger Beschlüsse projiziere, dann würde das bedeuten, daß in Nürnberg ein fünfjähriges Universitätsstudium und eine zweijährige praktische Ausbildung als Pflichtassistent gefordert wurde, wobei man erklärte, das Wort „Pflichtassistent“ könne man noch diskutieren, manche haben auch „Medizinalassistent“ gesagt.

Nach den Informationen über die Arbeit der „Kleinen Kommission“ besteht wohl kaum eine echte Chance, eine Regelung in dieser Form durchzubringen. Man will offenbar das 6. Studienjahr, also das Praktische

Jahr des Studenten, beibehalten und gegebenenfalls ein Pflichtassistentenjahr anschließen. Nachdem dieses Praktische Jahr nach den bisherigen Eindrücken die Erwartungen nicht erfüllt, die man darein gesetzt hat — schon deshalb nicht, weil die Studenten viel zu sehr an einigen Lehrkrankenhäusern zusammengeballt werden — wäre es sinnvoller gewesen, sich davon zu trennen, auch wenn inzwischen bereits erhebliche Investitionen gemacht wurden.

Eine Einschränkung wäre also für die Niederlassung mit Kassenzulassung überhaupt nur möglich über die Zulassungsordnung, und damit wäre eine sehr wirksame Bremse gezogen; denn letzten Endes werden ja über 90 Prozent der Bevölkerung über die Krankenkassen betreut, so daß man also sagen kann, eine Vorbereitungszeit, eine Weiterbildung vor der Kassenzulassung, würde im wesentlichen das Problem ebenfalls lösen können, natürlich auch hier wieder mit der Konsequenz, daß diejenigen, die keine Assistentenstelle bekommen, dann definitiv aus der freien Praxis ausgeschlossen würden. Die Konsequenz muß man natürlich immer sehen; es wäre unehrlich, sie hier nicht immer wieder in Erinnerung zu rufen.

Wenn ich Ihnen an dieser Stelle einige Zahlen über die derzeitige Situation nennen darf, dann folgende: 1978 wurden in der Bundesrepublik für allgemeinärztliche Tätigkeit insgesamt 1180 Ärzte zugelassen; davon besaßen 350 oder 30 Prozent



Mittelfränkische Delegierte

die Anerkennung als Allgemeinarzt, 830 oder 70 Prozent wurden als praktische Ärzte zugelassen. Von den als praktische Ärzte Zugelassenen hetten aber immerhin 58 Prozent eine Weiterbildung in irgendeinem Gebiet von eins bis fünf Jahren und 32 Prozent eine Weiterbildung von mehr als fünf Jahren, darunter 8 Prozent sogar über zehn Jahre klinische Tätigkeit. Ich habe nun auch noch die Zahlen für Bayern ermitteln lassen, und zwar für einen längeren Zeitraum, vom 1. Januar 1977 bis 31. März 1979. Daraus ergibt sich für Bayern, daß insgesamt 699 Zulassungen erfolgten, davon als weitergebildete Allgemeinärzte 108 oder nur 15 Prozent, während 85 Prozent als praktische Ärzte zugelassen wurden. Davon hatten 101 Ärzte mehr als fünf Jahre Weiterbildung, 79 davon eine abgeschlossene Weiterbildung in einem Gebiet, davon 33 Internisten, 18 Chirurgen, 6 Kinderärzte.

Das ist vor allem deswegen unbefriedigend, weil man sich, in Bayern jedenfalls, derzeit noch nicht darauf hinausreden kann, man habe keine Assistentenstellen. Wir bekommen immer wieder Brandbriefe aus der Peripherie von Krankenhausärzten, von Landräten, die verzweifelt nach Assistenzärzten rufen und uns mitteilen, wieviele vollbezahlte Planstellen sie hätten. In einem Fall hat mir ein Landrat geschrieben, daß man über 70 Ärzte über Annoncen erfaßt, angeschrieben und ihnen eine Stelle angeboten hätte, von denen nicht einmal ein einziger geantwortet hät-

te. Das heißt also: die Möglichkeit, sich für eine Tätigkeit in der Praxis vorzubereiten, besteht derzeit in Bayern noch in einem beachtlichen Umfang, weil außerhalb der Ballungsgebiete immer noch Assistentenstellen frei sind. Aber diese Situation, die jetzt schon unbefriedigend ist, wird natürlich verheerend, wenn man bedenkt, daß wir in wenigen Jahren die Jahrgänge mit 12 000 Absolventen haben werden, vielleicht sogar 14 000, von denen nur 6000 in der Lage sind, eine Assistentenstelle zu bekommen.

Kassenpraxis nur nach voller Weiterbildung?

Bei dieser Situation ist verständlich, daß dann auch der weitgehende Vorschlag gemacht oder die Forderung erhoben wurde, man sollte für die Kassenpraxis überhaupt nur weitergebildete Ärzte zulassen.

Dazu muß man natürlich einige Anmerkungen machen. Ich habe als erstes schon darauf hingewiesen, daß eine Regelung irgendwelcher Art, die eine Weiterbildung vor der Kassenzulassung vorschreibt, natürlich zur Folge hat, daß nur noch die in die Kassenpraxis gehen können, die das Glück hatten, eine Assistentenstelle zu bekommen. Es gibt aber einen grundlegenden Unterschied zwischen einer Tätigkeit als Pflichtassistent nach der Approbationsordnung und als Assistent, als approbierter Arzt etwa im Hinblick auf die

Zulassungsordnung. Wenn heute in der Approbationsordnung vorgeschrieben wird, daß ein Jahr Pflichtassistentenzeit abzuleisten ist, muß der Staat für diese 12 000 Pflichtassistenten die Ausbildungsplätze gewährleisten; denn er kann nicht eine Ausbildung vorschreiben, die nicht beendet werden kann. Würde man zwei Jahre Pflichtassistentenzeit vorschreiben, dann sind es allein 24 000 Ausbildungsplätze, die an den Krankenhäusern vorgehalten werden müßten. Würde man die Regelung über die Zulassungsordnung treffen, dann besteht kein Rechtsanspruch auf eine Assistentenstelle. Die Situation wäre aber so, daß tatsächlich der Kampf um die Stellen entbrennt, und wer keine bekommt, wäre aus der Laufbahn ausgeschle-

Das ist zwar, wenn man es rein aus der Sicht der Qualität der Ärzte sieht eine konsequente Entwicklung, aber natürlich im Hinblick auf das Schicksal der Nachrückenden eine Brutalität, die sich in Wirklichkeit aus einer verfehlten Bildungspolitik ergibt, die man glaubte, vor einigen Jahren einleiten zu müssen und die wiederum die Ärzte nicht zu verantworten haben. Die Beschränkung der Kassenzulassung auf Ärzte mit einer Gebietsbezeichnung würde gewisse Schwierigkeiten mit der Approbationsordnung und dem Recht der Approbation ergeben, weil dann ein Arzt, der die Weiterbildung etwa für Innere Medizin abgeleistet hat, nicht mehr von dem Recht der Approbation Gebrauch machen könnte, die Zulassung in der allgemeinärztlichen Tätigkeit zu erhalten. Hier ließe sich sicherlich eine Regelung finden, die dem entgegenwirkt.

Selbstverständlich können alle diese innerdeutschen Regelungen keine Auswirkungen auf einwandernde Ärzte aus der Europäischen Gemeinschaft haben. Für diese Ärzte muß es bei der Freizügigkeit bleiben. Wir könnten gegebenenfalls eine Vorbereitungszeit in dem Umfang verlangen, wie sie im Herkunftsland vorgeschrieben ist. Aber auch hier bestehen falsche Vorstellungen. Wir haben gerade vor wenigen Tagen noch einmal sicherheitshalber mit London telefoniert. Im Augenblick gibt es in England noch keine verbindliche Regelung für eine Vorbereitungszeit, die ein Arzt ableisten muß, um für den staatlichen Gesundheitsdienst zugelassen zu werden; sondern die

Regelung ist indirekt dadurch gegeben, daß die Stellen ausgeschrieben werden, die Ärzte sich bewerben, und dann, nach einer Art Anciennitätsprinzip, derjenige bevorzugt wird, der die längste Vorbereitungszeit nachweisen kann. Aber eine Vorschrift ist das nicht.

In den Niederlanden wird nach wie vor ein Jahr Vorbereitungszeit verlangt, eine Verlängerung ist im Augenblick nicht in der Diskussion. Frankreich, Belgien und Italien haben überhaupt keine Ansätze in dieser Richtung. Unser Nachbarland Österreich hat ein anderes System. Es gibt dort den sogenannten Turnusarzt, das heißt, wer sich in die Ärzteliste als praktischer Arzt eintragen lassen will, muß drei Jahre als Turnusarzt tätig gewesen sein; die Weiterbildungszeit in den Fachgebieten beträgt durch die Bank sechs Jahre. Im allgemeinen richten es die Assistenten so ein, daß sie nach Möglichkeit erst den Weg des Turnusarztes gehen und dann die Weiterbildung in einem Fachgebiet aufpfropfen, um die Möglichkeit zu behalten, sich sowohl als praktischer Arzt wie als Facharzt um die Zulassung zu den Krankenkassen bewerben zu können.

Daß jede Regelung, vor allem natürlich die extremste, nur Zulassung von weitergebildeten Ärzten, zu den dargestellten Härten führt, also zu einem zunehmenden Heer von arbeitslosen Ärzten, wird auch von Professor Häußler gesehen, der in einer seiner letzten Publikationen erklärt hat, er sei nicht bereit, den zahlenmäßig viel zu großen Nachwuchs an Jungärzten als nichtweitergebildete praktische Ärzte in die freie Praxis aufzunehmen.

„Arzt für Allgemeinmedizin“

Wir haben neulich einmal lange darüber diskutiert, was nun getan werden kann, wenn eine Änderung in der einen oder anderen Richtung, vor allem auch der Zulassungsordnung, an den politischen Widerständen scheitert; die Bemühungen, hier voranzukommen, zeigen bisher noch keine erkennbaren Früchte. Vielleicht wird daraus noch etwas, aber im Augenblick sieht es nicht so aus. Dann bliebe natürlich nichts anderes übrig, als vor allem die Bedeutung der Bezeichnung „Allgemeinarzt“ in

der Öffentlichkeit stärker herauszustellen. Wir haben es in der Vergangenheit vermieden, in der Öffentlichkeit die Bedeutung dieser neu-eingeführten Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ allzu deutlich darzustellen, weil wir wissen, daß es noch eine große Menge von praktischen Ärzten gibt, die natürlich, würde man den Allgemeinarzt als den weitergebildeten Arzt herausstellen, irgendwie das Gefühl der Diskriminierung bekommen müßten. Aber vielleicht wird es in der Zukunft notwendig sein, hier doch die Bedeutung der ärztlichen Weiterbildung stärker zu betonen, damit die Öffentlichkeit zum mindesten weiß, zu wem sie geht, wenn sie ein Arztschild sieht. Ob das Wirkungen hat, bliebe offen, aber es wäre vielleicht überlegenswert. Das Schicksalsproblem wird damit sicher nicht gelöst; denn die Arztschwemme wird ihre verheerenden Folgen haben, wenn nicht etwas Entscheidendes geschieht.

„Arzt für ...“

Zum Abschluß nur noch eine Anmerkung zu einer Diskussion, die in der letzten Zeit wieder aufflackerte. Wir haben erstmals in Westerland 1972 beschlossen, die Arztbezeichnungen

zu vereinheitlichen, indem wir die Silbe „Fach“ beseitigen und allgemein die Bezeichnung „Arzt für ...“ einführen oder vor allem die Kurzbezeichnungen propagieren. Es wurde wiederholt die Behauptung aufgestellt, das sei in seiner Realisierung von interessierten Arztgruppen blockiert worden. Davon kann mit Sicherheit keine Rede sein. Es wird dabei übersehen, daß die Realisierung einfach an den gesetzlichen Gegebenheiten jahrelang scheiterte. Denn genau zum Zeitpunkt des Ärztetages in Westerland hat das Bundesverfassungsgericht sein bekanntes Urteil erlassen, das zur Folge hatte, daß alle Kammergesetze geändert werden mußten, und die Änderung der Kammergesetze hat Jahre gedauert; sie ist bis jetzt noch nicht überall abgeschlossen.

In Bayern haben wir das neue Kammergesetz, und die Übergangsbestimmung in der Weiterbildungsordnung besagt, daß drei Jahre nach Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung die Bezeichnung „Facharzt“ nicht mehr geführt werden darf. Diese Übergangszeit läuft in Bayern am 1. Januar 1981 ab. Damit ist also eine klare Regelung getroffen.

Aber wenn ich noch einmal zu der Frage zurückkehren darf, warum wir denn diese Vereinheitlichung der Bezeichnungen beschlossen und später bekräftigt haben: Wir haben es getan, um in der Öffentlichkeit klarzustellen, daß alle in der Weiterbildungsordnung verankerten Arztbezeichnungen gleichrangig und gleichwertig sind, daß es also keine Qualitäts- oder sonstigen Unterschiede gibt zwischen einem Arzt für Allgemeinmedizin und einem Arzt für irgendein anderes Gebiet.

Es wurde seinerzeit schon darüber diskutiert, ob man nun den anderen Weg gehen sollte und allen Ärzten, die weitergebildet sind, die Bezeichnung Facharzt geben könnte. Da wurde in der Diskussion immer wieder darauf hingewiesen, daß die Bezeichnung „Facharzt“ eine Einschränkung beinhaltet; man kann damit zum Ausdruck bringen, daß man sich auf ein Fach der Medizin zurückgezogen hat. Aber Facharzt für das gesamte Gebiet der Medizin, so wurde immer wieder dargestellt und begründet, ist ein Widerspruch in sich selbst. Man wird sich darüber offenbar auch in Zukunft wieder unterhalten müssen.

Dein Porto mit Herz Wohlfahrtsmarken

Wohlfahrtsbriefmarken sind schön und heilen

40 - 20

60

Erhältlich bei den Freien Wohlfahrtsverbänden und allen Postämtern

Von morgens bis morgens

sind auch die situativ überschießenden
Blutdruckspitzen des **Hypertonikers** unter Kontrolle.
Mit 1 x 1 Tablette täglich.



Täglich
1x1
Tablette

Ausgeprägt kardioselektiv

TENORMIN® 100

Der Hypertonieblocker mit Langzeitwirkung

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Tenormin 100 enthält 100 mg 2-(p[2]-Hydroxy-3-isopropylamino-propoxy)-phenyl)-acetamid (Atenolol).
Indikation: Hypertonie.
Kontraindikationen: AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min). Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.
Nebenwirkungen: Vereinzelt Kribbeln und Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, Schlafstörungen, Durchfall bzw. Verstopfung, Übelkeit sowie Verstärkung einer bestehenden Herzinsuffizienz.
Dosierung: 1 mal täglich 1 Tablette. Bei nicht ausreichendem blutdrucksenkendem Effekt empfiehlt sich die zusätzliche Gabe eines Saluretikums.
Wechselwirkungen: Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der

Anästhesist über eine eventuelle Behandlung des Patienten mit Tenormin informiert werden.
Hinweise: Infolge der ausgeprägten Kardioselektivität ist der Einfluß auf Atemwegswiderstand und Blutzuckerspiegel gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.
Antidote: Atropin, Orciprenalin.
Handelsformen und Preise:
Packung mit 20 Tabletten DM 34,10, Packung mit 50 Tabletten DM 75,57,
Packung mit 100 Tabletten DM 135,19, Anstaltspackung.
Stand Juli 1979



ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstedt

Allgemeinärzte – Famulaturvermittlung

Vizepräsident Dr. H. Braun

Zur Berufsaufsicht ist zu sagen, daß die Kreisverbände von der im neuen Kammergesetz geschaffenen Möglichkeit, Rügen zu erteilen, mehrfach Gebrauch gemacht haben. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer als Beschwerdeinstanz hat zwei Beschwerden abgelehnt. Die Berufsgerichte mußten erfreulicherweise nur wenig in Anspruch genommen werden. Ein Fall allerdings hat wegen gravierender Werbung schon mehrfach das Berufsgericht und auch das Landesberufsgericht beschäftigt.

Bei zunehmendem Konkurrenzdruck allerdings muß dem Werbeparagraphen der Berufsordnung vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Man sollte schon den Anfängen entschieden entgegentreten, um ein Auswuchern zu vermeiden.

Die Weiterbildung in Allgemeinmedizin hat auch im letzten Jahr eine erfreuliche Weiterentwicklung erfahren. So konnte die Bayerische Landesärztekammer im letzten Jahr 132 Anerkennungsurkunden für Allgemeinmediziner ausstellen.

Trotzdem aber hat sich die Situation der Allgemeinmedizin bei den Kassenzulassungen nicht gebessert. Nach wie vor werden fast 85 Prozent als praktische Ärzte und nur etwa 15 Prozent Allgemeinärzte zugelassen. Wenn auch diese Zahl etwas irreführend ist, weil mehrere junge Kollegen ihre Kassenzulassung befragen und erhalten, bevor sie ihre Weiterbildung zum Allgemeinarzt restlos abgeschlossen haben und zum Zeitpunkt ihrer Niederlassung tatsächlich Allgemeinärzte sind, so erfüllt mich dennoch die Entwicklung mit Sorge. Dies deshalb, weil sich durch das vermehrte Ausscheiden von alten Kollegen aus der Praxis das Verhältnis Allgemeinärzte zu praktischen Ärzten fortlaufend verschlechtert.

Über die Diskussion zum Thema Allgemeinmedizin beim diesjährigen Deutschen Ärztetag ist wohl niemand ganz glücklich. Wenn nichts Entscheidendes geschieht, wird die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die sicher erhebliche Zunahme der praktischen Ärzte, die bei ihrer Niederlassung entweder keine

oder eine nur unbefriedigende Weiterbildung genossen haben, erheblich verschlechtert.

Durch die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages und die Bemühungen der Bundesregierung, die Approbationsordnung neuerdings zu reformieren, kann mit Sicherheit nicht das erreicht



Dr. H. Braun

werden, was man beabsichtigt. Es ist bei unseren großen Studentenzahlen nicht möglich, was auch früher bei kleinen Zahlen und erheblich besserer praktischer Ausbildung nicht möglich war, nämlich als Endprodukt der medizinischen Ausbildung einen Arzt zu haben, der selbständig und eigenverantwortlich in eigener Praxis tätig werden kann. Auch früher, als es nur 3000 bis 4000 Medizinstudienanfänger pro Jahr gab, haben die jungen Kollegen sechs bis acht Jahre im Krankenhaus verbracht, bevor sie sich niederließen. Dies geschah eben in der eigenen Erkenntnis, daß man in sechs Jahren theoretischen Studiums und noch so guten praktischen Kursen das, was für eine selbständige Tätigkeit unumgänglich erforderlich ist – nämlich die ärztliche Erfahrung – nicht vermitteln kann. Dies kann nur in einer mehrjährigen praktischen Tätigkeit unter Anleitung und im Team geschehen.

Denjenigen, die vor der Niederlassung bzw. der Kassenzulassung eine abgeschlossene Weiterbildung verlangen, kann man nicht entgegen-

halten, daß dadurch die Approbation entwertet würde; denn jeder junge Kollege, der nach seinem Staatsexamen ärztlich tätig sein will, sei es in einer Assistentenstelle im Krankenhaus, in der pharmazeutischen Industrie oder in einem theoretisch-medizinischen Institut, muß die Approbation als Arzt vorweisen. Ohne diese kann er keine Weiterbildung antreten.

Auch die freie Wahl der Berufsausübung nach dem Grundgesetz wäre durch eine solche Regelung nicht gefährdet; denn auch jeder, der später internistisch, chirurgisch oder in einem anderen Gebiet tätig werden will, muß sich vorher entscheiden und dann die dementsprechende Weiterbildung durchlaufen. Wenn man es damals, als die neue Weiterbildungsordnung geschaffen wurde, ernst gemeint hat mit der Gleichwertigkeit der Allgemeinmedizin neben allen übrigen Gebieten, dann muß man auch von dem, der später allgemeinmedizinisch tätig sein will, verlangen, daß er sich in seinem Gebiet weiterbildet. Wenn man das nicht tut, war die Einführung der Allgemeinmedizin in die Weiterbildungsordnung eine Farce.

Ich bin sehr dankbar, daß wir durch eine neuerliche Werbeaktion Anfang dieses Jahres unsere Famulaturstellen erheblich vermehren konnten. Dies ist in Anbetracht der steigenden Studentenzahlen auch notwendig. Die Arbeit in unserer zentralen Famulaturvermittlungsstelle hat sich auch erheblich vermehrt. Die Vermittlungsgesuche werden von Semesterferien zu Semesterferien mehr. Sie konnten bisher fast ausnahmslos befriedigt werden. Wie Sie alle wissen, betreiben wir ja eine qualifizierte Vermittlung, bei der wir uns bemühen, sowohl den Vorstellungen des Famulusvaters als auch denen der Studenten gerecht zu werden. Um dies zu können, haben wir sowohl für den Praxisinhaber als auch für den Studenten eigene Fragebogen entwickelt. Die Ergebnisse der Famulatur werden mit Hilfe eines zweiten Fragebogens, den die Studenten nach Beendigung der Famulatur ausfüllen, laufend ausgewertet. Mit wenigen Ausnahmen sind diese Ergebnisse sehr gut bis befriedigend. Auch durch viele Gespräche mit Medizinstudenten konnte festgestellt werden, daß der Student während seiner Famulatur in einer qualifizierten Praxis oft mehr lernt als im Praktischen Jahr.

Hilfen für das behinderte Kind

Vizepräsident Dr. G. Fuchs

Wer sich vor mehr als zehn Jahren als Arzt – gar noch als Kinderarzt – zur aktiven Mitarbeit in einer der zu dieser Zeit mit viel leidvoller Erfahrung und dennoch optimistischem Engagement gegründeten Elternvereinigungen in der Behindertenhilfe entschloß, durfte sicher sein, als Ausnahme, als Außenseiter zu gelten.

Die betroffenen Eltern führten bei uns Klage über jenes spürbar mangelnde fachliche Vermögen, die nicht immer einfühlsame Behandlung in stets überfüllten Warte- und Sprechzimmern und insbesondere darüber, daß ihnen viele Ärzte, aus welchen Gründen oder Rücksichtnahmen auch immer, die Wahrheit über den Zustand ihrer Kinder für viele Monate, ja Jahre vorenthalten hätten.

Die Rehabilitation Behinderter beanspruchte das Selbstverständnis der praktizierenden Kollegen nur im geringen Umfang, der Schwerpunkt ihrer Arbeit lag im Bereich der kurativen Organmedizin.

In der Wissenschaft triumphierte das Wiegbare und Meßbare, sozialmedizinische oder sozialpädiatrische Aktivitäten galten als Verlegenheitslösungen oder noch weniger.

Ganz anders reagierten Pädagogen und Politiker.

Die einen entwarfen ein differenziertes, behinderungsspezifisches pädagogisches Konzept und verwirklichten es in einem gegliederten System von Tagesstätten, Vorschulen, Sondereinklassschulen und Sonderberufsschulen. Es ist weitgehend ihre Handschrift, welche die Entwürfe unserer Werkstätten und Wohnheime für Behinderte prägt.

Die anderen beeilten sich, von der Not der Eltern überzeugt und dem Engagement der Pädagogen überrascht, Finanzmittel in angemessener Höhe in die Haushalte des Bundes, der Länder und der Kommunen einzustellen, Sonderprogramme aufzulegen, ausreichendes Personal zu beschaffen und für dessen fachliche Aus-, Weiter- und Fortbildung Sorge zu tragen.

Alle diese Aktivitäten vollzogen sich im rechten Licht der Öffentlichkeit, standen im Mittelpunkt örtlicher Presseberichte und beanspruchten sehr bald auch überregional die Aufmerksamkeit von Rundfunk und Fernsehen.

Aus dieser „konzertierten Aktion“ von Eltern, Fachleuten, Politikern und informierter Öffentlichkeit wuch-



Dr. G. Fuchs

sen im Freistaat Bayern und insbesondere auch im fränkischen Raum aus Stahl und Beton moderne Schul- und Therapiezentren sowie leistungsfähige Werkstätten aus dem Boden, die nicht in allen Fällen der Gefahr einer Ghettoisierung der dort betreuten Behinderten entgegen konnten.

Es steht jedoch außer jedem Zweifel, daß in ihnen unter dem Prinzip subsidiärer Hilfe und pluraler, zumeist freier Trägerschaft wertvolle, heute unverzichtbare Leistungen erbracht werden.

Lassen Sie uns nach dem Beitrag der Ärzte in diesen Einrichtungen, für diese Hilfen allgemein fragen.

Wer immer von uns in diesen Jahren sich der Aufgabe stellte, medizinisches Wissen und ärztliche Kunst aktiv in die Fürsorge um die Behin-

deten einzubringen, konnte der Achtung der Eltern und der Zuneigung der Behinderten gewiß sein.

Mehr noch, wenn immer er wollte, wuchs ihm Autorität zu, war es ihm möglich, Verantwortung auch für das Ganze zu übernehmen.

Durch die Tat konnte er beweisen, daß vor aller Förderung im pädagogischen, psychologischen oder sozialen Bereich die ärztliche Diagnose steht, daß jede Therapie der ärztlichen Überwachung bedarf, Korrekturen durch ihn zu veranlassen – aber auch zu verantworten sind.

Im Umgang mit seinen Kollegen in Praxis und Klinik vermochte er Hindernisse aus dem Weg zu räumen, Vorurteile abzubauen und Interesse zu wecken.

Die raschen Fortschritte in der Diagnostik und der Therapie chronischer Erkrankungen und Behinderungen mußte er doch mit Skepsis beobachten, denn er hatte berechnete Zweifel, ob sie allen zugute kommen und alle rechtzeitig erreichen würden.

Im Team der Fachleute vertrat er dennoch am entschiedensten die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme solcher Hilfen und stellte sich gegen den Wunsch, insbesondere der Politiker, Meldepflichten einzuführen.

Vor allem aber wußte er um den unersetzbaren Verlust wertvollster Therapiezeiten durch die schulische Organisationsform dieser Einrichtungen, in denen eine staatliche Kostenübernahme erst bei einem Eintrittsalter der Kinder von drei bis vier Jahren zugesichert werden konnte.

So bedeutet der 1. Juli 1971 einen Meilenstein für die ärztliche Arbeit in der Behindertenhilfe.

Das vom 71. Deutschen Ärztetag 1968 in Wiesbaden verabschiedete Vorsorgeprogramm für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder bis zum vierten Lebensjahr wurde nach dreijähriger Beratung Bestandteil der sozialen Krankenversicherung.

Dies ist ein Angebot für eine relativ umfassende und sicher wirksame Prävention. Es vertraut jedoch nahezu ausschließlich auf das Verantwortungsbewußtsein der Eltern.

Die uns allen bekannte Beteiligungsstatistik, insbesondere an den spä-

teren Untersuchungen, stellt diesem ein denkbar schlechtes Zeugnis aus.

Es darf auch festgehalten werden, daß eine gezielte Werbung für eine bessere Teilnahme an *diesem* Vorsorgeprogramm erst spät Eingang in unsere Medien gefunden hat.

Wir Ärzte werden uns aber auch nicht damit begnügen können, die Zahl der Untersuchungen auszuweiten und die Dokumentation der Ergebnisse zu verbessern. Wir werden rasch und konsequent die Inhalte des Programmes überprüfen und die Qualität seiner Durchführung sicherstellen müssen.

Vor der Einengung des Kreises der Durchführungsberechtigten wäre dafür eher der Weg einer verpflichtenden, gezielten Fort- und Weiterbildung anzuraten.

Im April 1974 legte die Staatsregierung den Ersten Bayerischen Landesplan für Behinderte vor. In ihm wird der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Säuglinge und Kleinkinder ein vorrangiger Stellenwert zugemessen.

Ihre Teilbereiche Früherkennung und Frühbehandlung werden als interdisziplinäre Aufgabe von Medizin, Pädagogik, Psychologie und Sozialarbeit gesehen, die vorrangige Kompetenz der Medizin dort nicht in Zweifel gezogen.

in der richtigen Einschätzung, daß im Rahmen dieser Förderung ein Zusammenwirken der verschiedenen Fachleute unerlässlich ist, von den Beteiligten jedoch nicht unbedingt erwartet werden kann, wurden besondere organisatorische Maßnahmen für notwendig erachtet. Sie sollten den Grundsätzen für diese Frühförderung – Familiennähe und Elternmitwirkung – unbedingt Rechnung tragen. Ihre sachgerechte Anerkennung läßt eine zentrale Organisation des Teilbereiches Früherkennung durchaus zu, in den vielen Fällen der Mehrfachbehinderung ist sie sogar unabdingbar. Für den Teilbereich Frühbehandlung wird sie weitestgehend ausgeschlossen.

Der 30. Bayerische Ärztetag hat sich durch mehrheitlichen Beschluß diese Auffassung zu eigen gemacht. Er erteilte den Plänen zur Errichtung flächendeckender sozialpädiatrischer Diagnose und Behand-



Unterfränkische Delegierte

lungszentren eine Absage, er hielt die Einrichtung zentraler Diagnostikmöglichkeiten in „Gemeinschaftspraxen“ verschiedener Fachärzte, in Fachabteilungen der Universitätskliniken und in Kinderkrankenhäusern mit Möglichkeiten auch pädagogisch-psychologischer Diagnostik für durchaus sinnvoll und wies die Behandlung den in freier Praxis tätigen therapeutischen Assistenzberufen und den mobilen Diensten der Behinderteneinrichtungen in voller Verantwortung der Hausärzte zu.

Die Angebote Vorsorgeuntersuchungen und Frühförderungsmaßnahmen haben die ärztliche Arbeit in der Behindertenhilfe nicht etwa ergänzt, sie haben sie letztlich erst sinnvoll und wirksam werden lassen.

Es hätte deshalb auch für die Frühförderung eine der Sache und allen Interessen angemessene ärztliche Initiative erwartet werden können.

Es waren jedoch nahezu ausschließlich die schulischen Behinderteneinrichtungen, die sich mit viel Energie und unter Einsatz erheblicher personeller und finanzieller Mittel dieser neuen Aufgabe organisatorisch, konzeptionell und praktisch annahmen.

Im Jahre 1976 legte das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus unter der Federführung und wissenschaftlichen Begleitung des Instituts für Frühpädagogik der Universität München und seines Leiters Professor Speck, ausgestattet mit Finanzmitteln des Bundes und des

Landes, den Entwurf eines pädagogischen Frühförderungskonzeptes vor, welches derzeit Zug um Zug, von den betroffenen Eltern voll akzeptiert, soweit bekannt, in der Öffentlichkeit positiv kommentiert, in diesen Einrichtungen verwirklicht wird. Es kann nicht verwundern, daß bei der internen Diskussion und Realisierung dieses Konzeptes – auch unter grundsätzlicher Anerkennung ärztlicher Kompetenz – die Akzente sich zunehmend verschieben.

Diese kritische Analyse der Entwicklung bedeutet nicht – und kann auch so nicht mißverstanden werden –, daß ärztliche Rehabilitation dieser Kinder bisher nicht stattgefunden habe.

Praktische Frühförderung wird schon immer im Rahmen der üblichen ärztlichen Betreuung durch niedergelassene Ärzte und in den Kliniken und Krankenhäusern geleistet.

Diese Analyse übersieht auch nicht die außerordentlichen organisatorischen, konzeptionellen und praktischen Verdienste auf dem Gebiet der Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie beispielsweise unserer Kollegen Braumandl, Hellbrügge und Weinmann. Sie mißt dieser ihrer Arbeit vielmehr den Rang des Ungewöhnlichen, ja des Außergewöhnlichen zu.

Es kann aber nicht übersehen werden, daß für diese Aufgaben weder ein inhaltliches noch ein organisatorisches Gesamtkonzept ärztlicher Mitarbeit zu erkennen ist.

Zur Dauertherapie der Angina pectoris

Nitro Mack Retard



Seda Nitro Mack Retard



Heinrich Mack Nachf., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Jilertissen

Nitro Mack® Retard · Nitro Mack® Retard forte · Seda Nitro Mack® Retard

Zusammensetzung: Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin. Nitro Mack Retard forte: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 5,0 mg Nitroglycerin. Seda Nitro Mack Retard: 1 Kapsel mit kontinuierlicher Langzeitwirkung enthält 2,5 mg Nitroglycerin, 40 mg Phenobarbital. **Anwendungsgebiet:** Dauertherapie und Prophylaxe koronarer Durchblutungsstörungen, Angina pectoris, Rehabilitationsbehandlung nach Herzinfarkt. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. Bei Seda Nitro Mack Retard zusätzlich akute hepatische Porphyrien. **Nebenwirkungen:** Die bisweilen nach Nitroglycerin beobachteten Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Tachykardie, Blutdruckabfall) treten nach Nitro Mack Retard, Nitro Mack Retard forte und Seda Nitro Mack Retard meist vorübergehend und vermindert auf. Bei hohen Dosen sind Diarrhö, Methämoglobinbildung und Verwirrtheit möglich.

Wechselwirkungen: Durch Seda Nitro Mack Retard kann die Wirkung zentraldämpfender Pharmaka verstärkt werden. Cumarin-Derivate, Griseofulvin und orale Kontrazeptiva erleiden einen beschleunigten Wirkungsverlust. Während einer Antikoagulationstherapie erfordern Barbituratgaben daher eine genaue Kontrolle der Blutgerinnungswerte. **Dosierung:** Im allgemeinen 2–3 Kapseln täglich. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Nitro Mack Retard: O.P. mit 60 Kapseln DM 20,10; A.P. mit 5 x 60 Kapseln. Nitro Mack Retard forte: O.P. mit 50 Kapseln DM 25,80; O.P. mit 100 Kapseln DM 41,15; A.P. mit 5 x 100 Kapseln. Seda Nitro Mack Retard: O.P. mit 60 Kapseln DM 20,95; A.P. mit 5 x 60 Kapseln.

(Stand Juli 1979)

ARUMALON®

die
Basistherapie
der Arthrose
hemmt die
Progredienz
und fördert
reparative
Prozesse

Indikationen

Degenerative Gelenkerkrankungen wie
- Kniegelenkarthrose
- Hüftgelenkarthrose
- Fingergelenkarthrose
- Wirbelgelenkarthrose

Dosierung

Intramuskuläre Injektionen. Zur Prüfung der Verträglichkeit gibt man Testdosen von 0,3 ml am ersten und 0,5 ml am zweiten Tag, dann 5-6 Wochen lang zweimal 2 ml oder drei- bis viermal 1 ml Arumalon wöchentlich.

Kontraindikationen

Neigung zu allergischen Reaktionen bei Medikamenten.

Nebenwirkungen

Bei entsprechend disponierten Patienten

können Unverträglichkeitserscheinungen auftreten.

In solchen Fällen muss die Behandlung abgebrochen werden.

Zusammensetzung

1 ml Injektionslösung enthält 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,25 g Cartilago sternocostalis, 0,4986 ml Extr. aquos. ex 0,15 g Medulla ossis rubra, 0,0028 ml m-Kresol

Handelsformen und Preise

5 Ampullen zu 1 ml DM 14,43
25 Ampullen zu 1 ml DM 61,74

Weitere Informationen, Literatur und Muster werden auf Wunsch zugestellt.

Deutsche
ROBAPHARM GmbH
7847 Badenweiler 3

6079 0 79 118

Die betroffenen Eltern aber werden durch den medizinisch-fachlichen Methodenstreit verunsichert, sie beklagen sich auch weiterhin über die zeitlich und örtlich unkoordinierten Hilfen.

Gerade der mangelnden fachübergreifenden Koordination im innerärztlichen Bereich muß aber auch die bisher nicht gelungene Durchsetzung sachlich begründeter Positionen der Ärzte im Rahmen der interdisziplinären Gespräche angelastet werden.

Mit einiger Verwunderung nehmen wir in letzter Zeit auch zur Kenntnis, daß eine intensive, vielleicht sogar institutionalisierte ärztliche Mitarbeit in den Behinderteneinrichtungen da und dort als Verletzung gebotener Kollegialität beklagt wird.

Nachdenklich stimmen auch die Sätze in der Einleitung zum Band 2 – „Diagnose – Therapie“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland aus diesem Jahr: „Die Ärzte sind immer die erste Anlaufstelle für Behinderte. Insofern ist es schon bemerkenswert, daß sie von ihren neuen Pflichten und Rechten so wenig Gebrauch machen. Dabei handelt es sich bei der Rehabilitation Behinderter als Aufgabe des Kassenarztes nicht etwa um eine Angelegenheit, die erst erkämpft und dem Gesetzgeber abgerungen werden muß, sondern um eine Aufgabe, die bereits seit mehreren Jahren durch die Gesetzgebung den Ärzten zugewiesen worden ist.“

Wenige Zeilen später erklärt der Autor dieser informativen Schrift, daß er mit ihr kein futuristisches Konzept für eine Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung entwirft, sondern vielmehr versucht, die Bedingung für die Akzeptanz einer bereits vorgegebenen neuen Aufgabe zu verbessern.

Aus allen diesen Gründen und unter Würdigung gefaßter Beschlüsse hat sich die Kammer entschlossen, den Anteil ärztlicher Mitarbeit bei der Frühförderung zu erfassen, ihren Stellenwert zu bestimmen und ein nach außen und innen wirksames Organisations- und Arbeitskonzept zu entwerfen.

Eine schriftliche Umfrage im Februar dieses Jahres bei allen Frühförderstellen Bayerns machte – mit einer

Rücklaufquote von 100 Prozent – deutlich, daß sich alle Einrichtungen einer zumeist engeren ärztlichen Betreuung versichert hatten.

Neben den speziellen Fachgebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Orthopädie und Neurologie ist die Allgemeinmedizin stark vertreten. Es überwiegen deutlich die Kinderärzte. Die Form der Mitarbeit reicht von der gelegentlichen Beratung durch einen Kassenarzt bis zur hauptamtlichen Tätigkeit in der Einrichtung, selten jedoch in einer Leitungsfunktion.

Auf Einladung der Kammer haben intensive und offene Gespräche mit Vertretern der Sozialpädiatrie, dem Berufsverband der Kinderärzte und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung stattgefunden.

Neben der Diskussion durchaus unterschiedlicher, teilweise auch extremer fachlicher Standpunkte standen auch hier Fragen der Organisation und der Koordinierung ärztlicher Mitarbeit im Rahmen der Frühförderung sowie vor allem deren Finanzierung im Vordergrund.

Letztere erhalten ihr Gewicht durch die gleichzeitige Diskussion dieser Probleme in der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten und in den Gesprächen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern.

Bei noch endauernden Gesprächen, doch wohl grundsätzlicher Bereitschaft zur Aufnahme dieser Leistungen in die kassenärztliche Versorgung muß es unser Ziel sein, die Regeln der Kollegialität nicht zu verletzen, Erprobung partnerschaftlich gegenüberzutreten und die menschliche Würde der Behinderten nicht anzutasten.

Mit dem Wiener Pädiater Hans Asperger bin ich überzeugt, daß es uns dann gelingt, die Gesetze einer Teamarbeit zwischen Menschen so verschiedener Berufe, verschiedenen Herkommens, wohl auch unterschiedlichen Interessen aber gleichen Zieles streng einzuhalten, die Konflikte, die sich naturgemäß aus solcher Situation ergeben, mit Klugheit und Menschlichkeit, in wachsender Selbsterkenntnis zu beherrschen.

Die Bayerische Ärzteversorgung kann und will attraktiv bleiben

Bericht über die Bayerische Ärzteversorgung im Jahr 1978/79

Dr. K. D e h l e r, Nürnberg, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung

Der Verwaltungsausschuß, der von der berufsständischen Seite her die Verantwortung für die Bayerische Ärzteversorgung trägt und der aus vier Ärzten, zwei Zahnärzten und einem Tierarzt besteht, hat auch im Berichtszeitraum in einem hohen Maß an Übereinstimmung und ohne jede sachliche Divergenz seiner Arbeit nachgehen können. Ideal war wiederum die Zusammenarbeit mit der Leitung der Bayerischen Ärzteversorgung, an der Spitze Herr Walter Albrecht, der erfreulicherweise in diesem Zeitraum vom Leitenden Regierungsdirektor zum Abteilungsdirektor befördert wurde.

Ich habe in den letzten beiden Jahren dergestellt, daß es eine Reihe von Sachfragen gibt, bei denen ein gewisser, ich möchte sagen, Meinungsdissens zur Leitung der Bayerischen Versicherungskammer gegeben war. Ich kann Ihnen erfreulicherweise berichten, daß sich auch hier ein Trend zur Lösung unserer Probleme abzeichnet. Wir haben das Problem der Unterbringung unserer Anstalt in geeigneten Verwaltungsräumen greifbar vor uns. Dicht neben dem Arabella-Hotel entsteht im Arabella-Park ein weiterer Bau der Bayerischen Ärzteversorgung. Es ist ein Objekt von immerhin 50 Millionen DM, das jetzt fast voll vermietet ist. In diesen Räumen wird wohl ab 1981 die Anstalt untergebracht werden.

Ich konnte Ihnen berichten, daß die Auseinandersetzung um die eigene elektronische Datenverarbeitung nunmehr auch zu einem gewissen Abschluß gekommen ist. Mit Entscheidung des Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer vom Dezember 1978 ist uns eine eigene elektronische Datenverarbeitung zugestanden worden, und die immer noch offene Frage der Selbstverwaltung der Anstalt scheint sich insofern zu lösen, als die grundsätzliche Zusage der politischen Leitung dieses Landes vorliegt. Eine Petition, die der Landesausschuß der Bayeri-

schen Ärzteversorgung in seiner letzten Dezembersitzung beschlossen hat, in der er die Mitverantwortung und die Mitbeteiligung fordert, hat grundsätzliche Zustimmung gefunden.

Ich habe Ihnen in den letzten Jahren dargestellt, daß der weitere Aus-



Dr. K. Dehler

bau der Bayerischen Ärzteversorgung im wesentlichen davon abhängt, daß es gelingt, mit Rechnungsgrundlagen zweiter Ordnung, nämlich mit einer wirklichkeitsnahen Betrachtung des Rechnungszinsfußes und eines ständigen Beitragszunahmetrends die Ausweitung der Leistungen, die wir wünschen, zu ermöglichen. Damit ist wiederum das Zauberwort „Säkulartrend“ angesprochen, das ich noch einmal wie folgt interpretieren darf: Der Säkulartrend bedeutet eine ständige durchschnittliche prozentuale Zunahme des Durchschnittsbeitrags innerhalb eines überschaubaren Beobachtungszeitraumes. Das setzt voraus, daß einmal die Mitgliederzahl zunimmt. Hier kann man eine erfreuliche Entwicklung feststellen: Die Mitglieder sind von 1977 zu 1978 um 2,58 Prozent zahlenmäßig gewach-

sen und umfassen nunmehr mit 34 301 aktiven Mitgliedern und 12 367 Versorgungsempfängern einen betreuten Personenkreis von 46 668 Mitbürgern. Wenn man unterstellt, daß jeder zwei Angehörige hat, betreiben wir somit rund 150 000 bayerische Mitbürger, also einen Personenkreis, der der Einwohnerschaft einer durchaus repräsentativen Großstadt entspricht.

Die Ruhegeldempfänger haben vergleichsweise zahlenmäßig deutlich mehr zugenommen. Das ergibt sich daraus, daß wir nach 56jährigem Bestehen natürlich langsam in einen Beharrungszustand kommen und dadurch mehr Mitglieder gegenüber der Anfangszeit in den Rentenanspruch hineinwachsen. Die Zahl der Ruhegeldempfänger nahm im Berichtszeitraum um 11,64 Prozent zu. Erwähnenswert ist auch, daß der Anteil der weiblichen Mitglieder nunmehr schon die stattliche Höhe von 23 Prozent erreicht hat. Man kann also davon ausgehen, daß ein Viertel unserer Mitglieder dem schöneren Geschlecht angehört.

Das Beitragsaufkommen, und das ist hier die entscheidende Frage des Säkularrends, hat erstmals in seiner Zuwachsgröße gegenüber den vergangenen Jahren abgenommen; es hat im Vergleich der Jahre 1977 und 1978 nur mehr um 3,68 Prozent zugenommen. Hier schlägt die reale Situation vor allem der niedergelassenen Kollegen durch. Wenn man allerdings die letzten aktuellen Zahlen nimmt, nämlich die ersten acht Monate dieses Jahres im Vergleichszeitraum zu 1978, ergibt sich mit einem Zuwachs von 10,68 Prozent doch wieder eine positivere Perspektive. Der Reservefonds, nämlich das Vermögen der Anstalt, ist nunmehr auf die stattliche Summe von 2,664 Milliarden DM angewachsen.

Der Verwaltungskostenanteil liegt mit 2,57 Prozent nach wie vor außerordentlich niedrig. Das bedeutet im Klartext: Von 100 Mark Beitrag gehen 97 Mark und 43 Pfennig direkt in die Versorgung. Ein derart niedriger Verwaltungskostensatz dürfte sich wohl in kaum einer vergleichbaren Institution, gewiß nicht bei der Rentenversicherung des Staates, ergeben.

Die Bayerische Ärzteversorgung lebt vom Säkulartrend; das heißt: nur



Schwäbische Delegierte

wenn ein ewiger gesteigerter Zuwachs des Beitragsaufkommens Rechnungsgrundlagen zweiter Ordnung erlaubt, sind Leistungsausweitungen, insbesondere die fortwährende Gewährung eines Inflationszuschlags, für unsere Ruhegeldempfänger möglich. Der Säkulartrend betrug in den Jahren 1973 bis 1976 immer mehr als 12 Prozent. Er ist leider erstmals 1977 auf 11,7 und 1978 auf 11,5 Prozent abgesunken. Das ist wieder eine Folge der angespannten Finanzsituation vor allem der niedergelassenen Kollegen. Er liegt aber nach wie vor deutlich über dem Satz von acht Prozent, der die Grundlage unserer versicherungsmathematischen Rechnungen darstellt.

Zum 31. Dezember 1978 hat die mathematische Abteilung der Bayerischen Versicherungskammer einen Bericht über den Status unserer Anstalt vorgelegt. Ich will die zwei entscheidenden Sätze zitieren:

„Von der Bestandsentwicklung ist – unter Voraussetzung der Gültigkeit der biometrischen Rechnungsgrundlagen – die Sicherheit der Bayerischen Ärzteversorgung bis zum Jahr 2030 voll gewährleistet, und versicherungsmathematisch ist bis zum Jahr 2030 langfristig ein Dynamisierungszuschlag von drei bis vier Prozent pro Jahr möglich. Bei vier Prozent kontinuierlichem Zuschlag reichen zwischen den Jahren 2007 und 2028 die Beitragseinnahmen nicht mehr aus, um den Leistungen voll zu entsprechen. Es müssen also die

Rücklagen zumindest für einen gewissen Zeitraum angegriffen werden.“

Wir können davon ausgehen, daß wir für einen sehr weiten Zeitraum weiter Dynamisierungsleistungen geben können. Allerdings können Größenordnungsmäßig diese Bäume nicht in den Himmel wachsen. Ich muß etwas Unpopuläres dazufügen: Die Höhe der Dynamisierungszuschläge wird vom Verwaltungs- und Landesausschuß an die jeweilige wirtschaftliche Entwicklung angepaßt. Der Zuschlag betrug im Jahr 1977 noch 5,5 Prozent, im Jahr 1978 4,5 Prozent und wurde in den Perspektiven des Endes des Jahres 1978 für das Jahr 1979 auf 3,5 Prozent festgesetzt. Die tatsächliche wirtschaftliche Entwicklung, insbesondere der letzten Wochen und Monate, hat leider für das Jahr 1979 ein Überrollen der Inflationsquote über die Höhe des Zuschlags zur Folge gehabt. Der Verwaltungsausschuß hat sich sehr eingehend mit der Frage befaßt, ob eine Art Nachschlag gewährt werden soll. Er hat dies aber verneint, und zwar deswegen, weil eine gewisse Parallelität zwischen der Finanzsituation der überwiegenden Zahl der Mitglieder und dem bestehen muß, was wir über die Pflichtbeiträge hinaus an die Ruhegeldempfänger leisten können. Zeiten überproportionaler Zuschläge haben zwangsläufig zur Folge, daß es Zeiten verringerter Zuschläge geben muß.

Im Berichtszeitraum war es möglich, über 40 Anträge von Kollegen auf

Rehabilitationsverfahren zu entscheiden. 39 wurden positiv entschieden, und es konnten somit erhebliche Hilfen zur Wiedergewinnung der Berufsfähigkeit gegeben werden.

Der Gutachterdienst, der die Aufgabe hat, Anträge vor dem 65. Lebensjahr auf Ruhegeld zu prüfen, war im Jahr 1979 bis jetzt 20mal tätig. Elf Anträge wurden bejaht, fünf verneint, vier sind offen.

In seinem Leben steht nahezu jedes Mitglied der Bayerischen Ärzteversorgung vor der Situation, ein Darlehen entgegennehmen zu wollen oder zu müssen. Ich darf in Erinnerung rufen, daß zum Beispiel das Bayern-Programm nur mit Hilfe der Bayerischen Ärzteversorgung möglich gewesen ist und daß diese durch Minderung der Zinseinnahmen für die Gesamtheit der Kollegen und für die Stabilisierung unserer berufspolitischen Situation gewisse Opfer gebracht hat. Ich freue mich, Ihnen berichten zu können, daß es möglich war, trotz Einbeziehung unserer Anstalt in das Versicherungsaufsichtsgesetz das bisherige Programm der Darlehen, das Bayern-Programm und die Bürgschaftsdarlehen weiter voll durchzuführen.

Die Leistungskraft einer Anstalt kann daran gemessen werden, wie die durchschnittlichen Zugangsrenten im Berichtszeitraum waren. Die durchschnittlichen neueingewiesenen Ruhegelder betragen im Jahr 1976 noch 24 100 DM, stiegen im Jahr 1977 auf 27 220 DM und erreichten 1978 mit 29 045 DM nahezu die Zweieinhalbtausend-DM-Grenze im Monat. Ich darf betonen: das sind die durchschnittlichen Zugangsruhegelder.

Politische Schwierigkeiten

Zum zweiten Teil darf ich vier Problemkreise streifen: einmal die Auswirkungen einer Erweiterung der Sozialgesetzgebung des Bundes auf unsere Anstalt, zum zweiten die leider zunehmende, vorwiegend ideologisch fundierte, von politischen Gruppen ausgehende Programmatik mit der Tendenz der Schaffung einer Staatsbürgereinheitversicherung, zum dritten die Folgen des „1984“-Urteils des Bundesverfassungsge-

Prellungen
Schwellungen
Traumen

Essaven® Gel

für die „tausend Fälle“
in Freizeit und Sport

Lokalbehandlung mit Essaven® Gel	n = 39	beschwerdefrei	gebessert	nicht gebessert
Distorsionen		8	13	—
Prellungen		8	1	—
Distorsionen und Prellungen		1	3	—
Sonstige Diagnosen		1	4	—
Gesamtergebnis		18	21	—

„Die Ergebnisse zeigen, daß die lokale Therapie von stumpfen Traumen mit Schwellungen und Hämatomen, wie sie als Wintersportverletzung häufig vorkommen, durchaus erfolgversprechend ist. Nach unseren Erfahrungen konnte dadurch schnellere Beschwerdefreiheit erreicht und die Behandlungsdauer abgekürzt werden.“

Literatur: Dr. A. Köster/Dr. O. Wendt, Sportärzte Oberstaufen
Allgäu, Lokalbehandlung von Wintersportverletzungen,
Ärztl. Praxis 30 (1978) Nr. 101, 3488-89



antiphlogistisch · antithrombotisch · antiödematös

Essaven® Gel, Wirksame Bestandteile: 100 g Gel enthalten: Aescin 1g, Heparin-Natrium 10.000 I.E., „essentielle“ Phospholipide = EPL-Substanz (Wirkprinzip: Cholinphosphorsäure-diglyceridester natürlicher Herkunft mit überwiegend ungesättigten Fettsäuren, speziell Linol-säure [ca. 70%], Linolen- und Ölsäure) 1 g. Anwendungsgebiete: Venöse Durchblutungs-störungen wie Krampfadern, Schmerzen und Schweregefühl in den Beinen, nächtliche Wadenkrämpfe, oberflächliche Venenentzündungen sowie Besenreiser, Blutergüsse und Schwellungen; Verstauchungen und Prellungen; Sportverletzungen.

Nebenwirkungen: Essaven® Gel enthält Alkohol und sollte daher nicht mit Schleimhäuten in Berührung kommen, da sonst ein leichtes Brennen auftritt. Auch nässende Unterschenkel-ekzeme und offene Wunden sind frei zu lassen.

Packungsgrößen und Preise: 40 g Gel DM 8,35, 100 g Gel DM 17,80, 1000 g Gel (10 x 100 g = Klin.-Pack.)
*(Apoth.-Verk.-Preise m. MwSt.)

 **NATTERMANN**
Nattermannallee 1, 5000 Köln 30

richts und zum vierten die Folgen der Einwirkungen der Politik aus Europa.

In der Sozialgesetzgebung des Bundes ergibt sich die Tendenz, durch weitere Ausweitung des Netzes der sozialen Sicherheit an weitere Personenkreise Leistungen über die staatliche Rentenversicherung zu gewähren. Das war vor allem in drei Problemkreisen der Fall, nämlich beim Gesetz zur Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes für arbeitslose Kollegen, beim Gesetz zur Änderung des Arbeitsplatzschutzgesetzes für Wehr- und Zivildienstleistende und beim Gesetz zur Einführung des Mutterschaftsurlaubs für Kolleginnen in der Schwangerschaft. Hier gelang es, durch die im Januar dieses Jahres gegründete Arbeitsgemeinschaft der berufsständischen Versorgungseinrichtungen durchzusetzen, daß die Mitglieder unserer Anstalt den Mitgliedern der staatlichen Rentenversicherung gegenüber voll gleichberechtigt gestellt wurden. Allerdings war hierfür ein hoher Preis zu bezahlen. Ausgerechnet im Mutterschaftsgesetz wurde der § 7 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes, der in etwa die „Magna Charta“ unserer Versorgungseinrichtungen ist, entscheidend verschlechtert. Er erhielt durch die Gesetzgebung eine Art Qualitätskontrollvorschrift dahingehend, daß die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in den Stand gesetzt wurde, nachzuprüfen, ob die Versorgungseinrichtungen der freien Berufe gewissen Mindestnormen an Qualität entsprechen. Diese Mindestnormen konnten wir für die Bayerische Ärztenversorgung natürlich bei weitem erfüllen. Aber dreien unserer Anstalten im Bundesgebiet ist es schon nicht gelungen, diesen Level zu erreichen, und es besteht eine gewisse Gefahr, daß durch weitere Anhebung dieser Bemessungsvorschriften weitere Versorgungseinrichtungen in erhebliche Schwierigkeiten kommen.

Am 4. September 1979 tagte die Bundestagsfraktion der SPD in Klausur und hat nach einem Referat der Staatssekretärin im Bundesarbeitsministerium, Frau Anke Fuchs, wesentliche neue Thesen angeschnitten: Versteuerung der Renten, zum zweiten Einführung einer Mindestrente, was natürlich zur Folge hat, daß die höheren Renten gekappt werden müssen, und zum dritten Versicherungspflicht Selbständiger in der Rentenversicherung. Es liegt eine

Tonbandniederschrift der Äußerungen von Frau Fuchs zu diesem Themenkreis vor, und ich möchte Ihnen wenigstens zwei kurze Zitate bringen, damit Sie einmal sehen, wie aus der Sicht eifernder Reformier die uns hier gestellte Problematik dargestellt wird. Zur Besteuerung der Ruhegehalder heißt es:

„Vielleicht kommen wir dann eines Tages dazu, daß wir sagen, wir behandeln den Rentner genau so wie jeden anderen Bürger. Dann laß ihn doch, wenn er jenseits einer hohen Grenze eine Rente oder eine Altersversorgung bekommt, dafür auch Steuern bezahlen. Ich sage dies ganz leise, Genossinnen und Genossen, weil ich weiß, wie brisant dieses Thema ist, aber auf Dauer sehe ich nicht ein, daß jemand, der jenseits von 2000 DM, so will ich einmal anfangen, und vorsichtig gestaffelt und andere Alterseinkommen dazu hat, warum er nicht wie ein normaler Bürger zu Steuern herangezogen werden kann ...“

Wir dagegen erleben, daß wir unsere Altersversorgung ohne Zuschüsse der Arbeitgeber weitgehend aus den versteuerten Einkommen aufbauen müssen. Und nun soll dieser Ungeerechtigkeit noch eine weitere Ungeerechtigkeit, nämlich die Ruhegeldbesteuerung, hinzugefügt werden!

Ein zweites kurzes Zitat zur Frage der Pflichtversicherung für alle Bürger — ich zitiere Frau Fuchs — :

„... Da muß von uns, glaube ich, die Antwort kommen, möglichst alle Bürger Mitglied der Solidargemeinschaft werden zu lassen. Ich würde sogar sagen, Pflichtversicherung für alle, wenn wir die politisch erreichen kön-

nen. Sozialdemokratische Zielsetzung wird dies bleiben ...“

Wir werden diese Auseinandersetzung bestehen, wenn wir drei Tatbestände immer werden sicherstellen können: einmal den eindeutigen Leistungsvorsprung vor der staatlichen Rentenversicherung, und zwar nicht nur unserer Bayerischen Ärztenversorgung, sondern sämtlicher im Bundesgebiet bestehender freiberuflicher Versorgungseinrichtungen. Zum zweiten, wenn es uns gelingt, den Übergang von der Notgroschenversorgung zur Vollversorgung weiter aufrechtzuerhalten; und zum dritten, wenn wir die immerwährende Abstimmung, bei der jeder junge Kollege gefordert wird: Willst Du nun Mitglied deiner berufsständischen Versorgungseinrichtung sein, oder willst Du unter das Dach der staatlichen Rentenversicherung gehen? — wenn wir diese Abstimmung, die seit 22 Jahren zu 90 bis 95 Prozent Jahr für Jahr gewonnen wurde, mit einem Abstimmungssieg weiter durchziehen können. Das setzt aber voraus, daß unsere Anstalten entsprechend attraktiv bleiben.

Das Urteil für 1984 ...

Das Bundesverfassungsgericht hat 1975 ein Urteil zur Gleichbehandlung von Witwe und Witwer in der staatlichen Rentenversicherung gefällt. Die Bundesregierung hat eine „Kommission 1984“ eingesetzt, die im Sommer dieses Jahres ihren sehr dickleibigen Bericht vorgelegt hat, der leider eine für uns außerordentlich unerfreuliche Feststellung trifft: daß nach Meinung der „Sachverständigenkommission 1984“ auch die freiberuflichen Versorgungseinrich-

Praxisvertreter gesucht

Die Bayerische Landesärztekammer ist seit Jahren bemüht, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Weiterführen der Kassenpraxis zu ermöglichen.

Wir appellieren deshalb an alle Kollegen, die hieran Interesse haben — praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Fachärzte —, sich für eine Praxisvertretung zu melden.

**Bayerische Landesärztekammer
Vertretervermittlung**

Telefon (0 89) 41 47 - 267
Frau Väh

tungen nicht Versorgungs-, sondern Sozialversicherungen seien und der Kompetenz des Bundes unterliegen. Wir haben mit allem Nachdruck Widerspruch eingelegt. Aber die politische Diskussion geht weiter.

Die Entwicklung Europas bringt nicht nur Erfreuliches

In den Römischen Verträgen ist in den Artikel 117 bis 128 ein gewisser Auftrag zur Harmonisierung im sozialpolitischen Raum gegeben, der sehr weitgehend und vielschichtig interpretiert werden kann. Tatsache ist, daß insbesondere die Gewerkschaften, aber auch die Bürokraten in Brüssel mit Nachdruck darauf aus sind, durch eine Gleichschaltung der Versorgungssysteme in den Mitgliedsländern zu einer europäischen Einheitsversicherung zu kommen, die natürlich mit einer Wucht der Novellierung über alle anderen bestehenden Systeme hinweggehen würde.

Es kommt in naher Zukunft die Notwendigkeit auf uns zu, unsere Einrichtungen zur Vermeidung einer Diskriminierung binnenwandernder europäischer Kollegen für alle Kollegen zu öffnen und sie gleichberechtigt wie deutsche Staatsbürger bei uns aufzunehmen. Wir werden Überleitungsabkommen sowohl mit den bestehenden vergleichbaren Systemen als auch mit den allgemeinen Versorgungseinrichtungen abschließen müssen, um Vorversicherungszeiten und Vorversicherungsleistungen bei uns wirksam werden zu lassen. Und wir werden zum dritten wieder remigrierenden europäischen Kollegen dann, wenn keine Überleitungsabkommen möglich sind, die Möglichkeit geben müssen, ihre gesamten Beitragszahlungen wieder zurückzunehmen.

Arbeitsgemeinschaft der Versorgungseinrichtungen

Nach jahrelanger Vorarbeit, die insbesondere Herr Albrecht geleistet hat, ist es gelungen, im Januar dieses Jahres alle bestehenden Versorgungseinrichtungen der Ärzte, der Zahnärzte, der Tierärzte, der Apotheker, der Architekten, der Notare und was es immer noch sein will, in einer Arbeitsgemeinschaft freiberuflicher Versorgungseinrichtungen zusammenzufassen.

Geleitet wird diese Institution durch einen siebenköpfigen Beirat, dem vorzusitzen ich derzeit die Ehre habe. Und vielleicht kann ich aus dieser Kenntnis der Situation mit allem Nachdruck sagen, daß wir leider zu dem Ergebnis gekommen sind, daß das Maß der auf die Versorgungseinrichtung zukommenden politischen und organisatorischen Aufgaben so groß geworden ist, daß eine Bewältigung von linker Hand nebenbei durch die Bayerische Ärzteversorgung nicht mehr möglich ist, sondern daß bezogen auch auf den Raum, wo die politischen Entscheidungen fallen, nämlich Köln und Bonn, die Arbeitsgemeinschaft örtlich etabliert und hauptamtlich besetzt werden muß und sie auch – das ist eine weitere Folge – eine andere Rechtsposition als eine Einrichtung des bürgerlichen Rechts bekommen muß. Denn Anstellungsverträge unterzeichnen und Innenbindung gegenüber den Mitgliedern vornehmen kann man nur, wenn Satzung und Rechtscharakter gegeben sind. Mein Blick richtet sich auf den anwesenden Präsidenten der Bundesärztekammer und den Herrn Hauptgeschäftsführer mit der sehr herzlichen Bitte, diese Entwicklungen, die sehr rasch über die Bühne gebracht werden müssen, nach besten Kräften zu unterstützen.

Das Leistungssystem der Bayerischen Ärzteversorgung ist seit Jahrzehnten historisch gewachsen und hat bis dato die Zustimmung der überwältigenden Mehrheit unserer Mitglieder gefunden. Wir haben die Besonderheit, daß wir einen hohen Verrechnungsfaktor haben, nämlich 20 Prozent, und die ganz besondere Besonderheit, daß diese 20 Prozent vom jüngsten Medizinalassistenten bis zum letzten Beitragszahler im 65. Lebensjahr gelten. Das war ein besonderer Generationenvertrag, und ich bin persönlich stolz darauf, daß hier eine solidarische Bejahung des Berufsstandes liegt, deren psychologische und auch materielle Bedeutung gar nicht überschätzt werden kann. Das Bild der realen Beitragskurven beweist, daß hier das ideale Anpassungssystem an die besondere Lebenssituation des Arztes in den verschiedenen Altersabschnitten gefunden werden konnte.

Technisch und verwaltungsmäßig wäre es jederzeit möglich, das Leistungssystem der Bayerischen Ärzteversorgung zu ändern. Dann aber würde sich für jeden von Ihnen die

Die Hustenmedizin für die ganze Familie...



Praecipect

Sirup

Tropfen

Praecipect

Sirup

mit Codein

Tropfen

...wird mit jedem Husten fertig!

Zusammensetzung: Praecipect 100 ml Sirup enthalten: Extr. Thymi flid. 3 g, Extr. Primulae flid. 2 g, Sulfoligalcol-Kalium 1 g, Ammon. chloratum 1 g, Natrium bromatum 0,5 g, Ephedrin, hydrochloric. 0,1 g, Praecipect Tropfen 100 g Lösung enthalten: Extr. Thymi flid. 25 g, Extr. Primulae flid. 5 g, Ephedrin, hydrochloric. 1 g, Praecipect mit Codein 100 ml Sirup enthalten: Extr. Thymi flid. 3 g, Extr. Primulae flid. 2 g, Sulfoligalcol-Kalium 1 g, Ammon. chloratum 1 g, Natrium bromatum 0,5 g, Ephedrin, hydrochloric. 0,1 g, Codein, phosphoric. 0,05 g, Praecipect mit Codein Tropfen 100 g Lösung enthalten: Extr. Thymi flid. 25 g, Extr. Primulae flid. 5 g, Ephedrin, hydrochloric. 1 g, Codein, phosphoric. 0,75 g. **Anwendungsgebiete:** Praecipect und Praecipect Tropfen Erkrankungen der Atemwege, auch mit apatischer Komponente. Praecipect mit Codein und Praecipect mit Codein Tropfen Erkrankungen der Atemwege, insbesondere Reiz- und Krampfhusten. **Dosierungseinteilung und Art der Anwendung:** Siehe Packungsbeilage! **Gegenanzeigen:** Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Phäochromocytom, Prostataadenom mit Restharnbildung, Engwinkelglaukom; zusätzlich bei Praecipect mit Codein und Praecipect mit Codein Tropfen: Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. **Nebenwirkungen:** Herzklopfen, ventrikuläre Rhythmusstörungen, Miktionsbeschwerden, zentrale Erregung; zusätzlich bei Praecipect mit Codein und Praecipect mit Codein Tropfen: Obstipation. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Halothan: Herzrhythmusstörungen, Guanethidin: sympathomimetische Wirkung verstärkt. **Wernhinwels:** Praecipect, Praecipect mit Codein sowie Praecipect mit Codein Tropfen können auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen sowie verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Handelsformen und Preise:** Praecipect Packung mit 125 g Sirup DM 5,05; Praecipect Tropfen Packung mit 30 g Lösung DM 4,90; Praecipect mit Codein Packung mit 125 g Sirup DM 6,35; Praecipect mit Codein Tropfen Packung mit 30 g Lösung DM 6,50.

Arzneimittel GmbH,
8605 Hallstadt/Of.

MOLIMIN

seit Jahren angestellte Zukunftsplanung erheblich ändern müssen. Denn es ist ein Unterschied, ob jemand, wenn er 65 Jahre ist, 20 Prozent seiner Lebensbeiträge als Jahresrente erhält oder vielleicht nur sieben oder zehn Prozent. Das muß bei allen diesen Diskussionen sehr eingehend überlegt werden. Eine Vergleichsberechnung, die dieser Tage der wohl renommierteste Versicherungsmathematiker der Bundesrepublik Deutschland, Professor Heubeck, angestellt hat, hat wiederum bestätigt: Es dauert nach dem Stand der jetzigen praktischen Gegebenheiten 27 Jahre, bis die Dynamisierung der staatlichen Rentenversicherung mit den zumindest in der Vergangenheit höheren Dynamisierungsbeiträgen die Höhe der Verzinsung unserer Ruhegelder eingeholt hat. Und wenn Sie zum Ruhegeldalter von 65 Jahren diese 27 Jahre addieren, landen Sie bei 92 Jahren. Das heißt, erst in einem Alter mit sehr hoher Betagung holt die Rentenversicherung unsere Rentenversicherung ein. Aber wichtig zu wissen ist: Das, was in den 27 Jahren an geringeren Renten bezahlt wurde, ist ein für allemal verloren.

56 Jahre Ärzteversorgung

Die Bayerische Ärzteversorgung besteht jetzt 56 Jahre. Es gelang, sie von der Notgroschenversorgung der Nachinflationszeit zu einer modernen Vollversorgung auszubauen, die alle vernünftigen Leistungen aller anderen konkurrierenden Systeme nicht nur gewährt, sondern sie überschreitet. Sie hat Modellcharakter gewonnen und ist an vielen Stellen in der Bundesrepublik nachempfunden worden. Wir haben viele Gegner in der Politik. Teilweise ist es grundsätzliche Ideologie, weil Institutionen, die nicht vom Staat kommen, als Pfahl im Fleisch der Politik empfunden werden. Teilweise ist es Neid. Neid deswegen, weil wir ohne einen Pfennig Staatszuschuß, und ohne daß uns der Staat hineinreden könnte, unsere Angelegenheiten in Selbstverwaltung und Eigenverantwortung ordnen können. Diese politische Auseinandersetzung wird wahrscheinlich Jahrzehnte weitergehen, und ich kann Ihnen versichern, sie wird uns wohlgerüstet finden. Aber sie kann nicht von wenigen gewählten Funktionären allein geführt werden. Diese Auseinandersetzung setzt voraus, daß mindestens die 34 000 aktiven Mitglieder unserer Anstalt uns dabei durch ihre Zustimmung unterstützen.

Berichte der Ausschuß-Vorsitzenden

Die Interessen der angestellten Ärzte

Dr. K. Eilert, München, Ausschuß für angestellte und beamtete Ärzte

Schon am 3. Februar 1979 beschloß der Kammervorstand über die Zusammensetzung des Ausschusses „angestellte und beamtete Ärzte“. Am 23. März 1979 konnte sich der Ausschuß nach Einberufung durch den Vizepräsidenten Dr. Fuchs kon-

- Effizienzkontrolle und Wirtschaftlichkeit am Krankenhaus
- Teilzeitbeschäftigung für Ärztinnen mit kleinen Kindern
- Krankenhausbedarfsplanung

2. Für die Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst

- Probleme von Struktur und Effizienz im öffentlichen Gesundheitsdienst

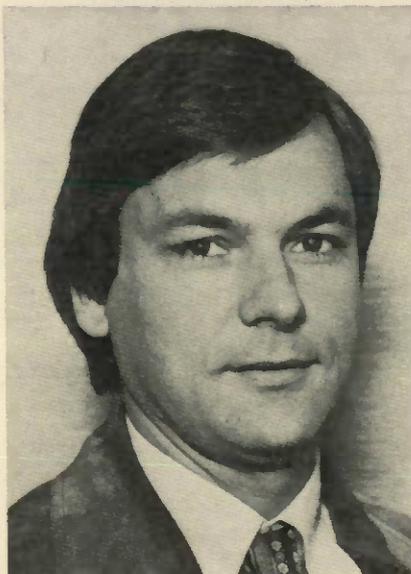
3. Für die Betriebsärzte

- Arbeitsmedizin und künftiger Bedarf an Betriebsärzten

Für unsere Arbeitsweise vereinbaren wir, uns zunächst durch Referate in die besondere Problematik des Themas einzuarbeiten, dann unsere Vorstellungen zu entwickeln und diese durch die Ausschußmitglieder, die gleichzeitig im Kammervorstand sind, im Kammervorstand einzubringen.

Herr Dr. Fuchs wird als Vizepräsident engen Kontakt zum Ausschuß halten und soweit es ihm zeitlich möglich ist, auch an den Ausschußsitzungen teilnehmen. Diese neue Organisation wird uns zu intensiver und effektiver Arbeit motivieren und hat sich bereits bei der Arbeit dieses Jahres positiv ausgewirkt.

Auf Anregung des Herrn Präsidenten Sewering tagten am 23. Mai 1979 der Krankenhausausschuß und der Ausschuß „angestellte und beamtete Ärzte“ gemeinsam. Anlaß war ein Referat von Herrn Ministerialrat Zimmer zum Krankenhausbedarfsplan. Herr Professor Zimmer, der Vorsitzende des Krankenhausausschusses, wird über diese gemeinsame Sitzung berichten. Die gemeinsame Sitzung beider Ausschüsse war eine positive Erfahrung für alle Beteiligten, weil bei der Diskussion mehr Aspekte berücksichtigt wurden, als wenn jeder Ausschuß für sich selbst getagt hätte. Wir vereinbaren daher,

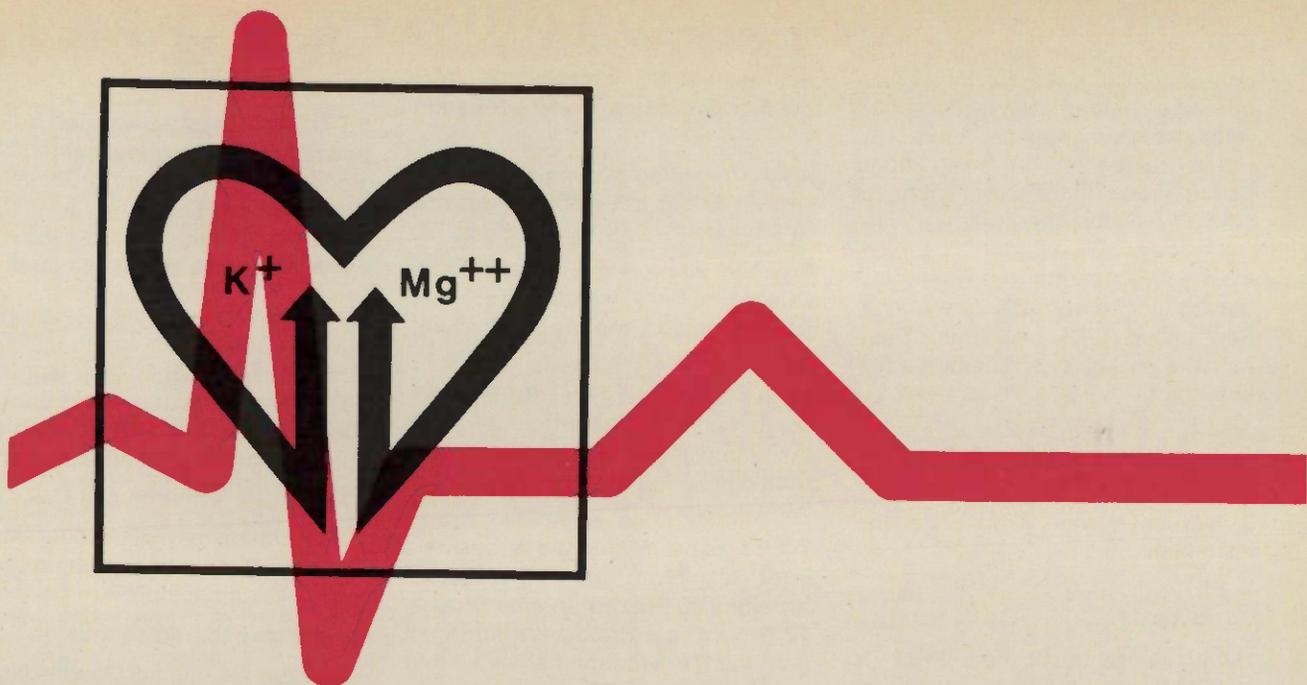


Dr. K. Eilert

stituieren. In dieser Sitzung erarbeiteten wir einen umfangreichen Katalog der Themen, die uns in den nächsten vier Jahren beschäftigen sollen. Entsprechend der Zusammensetzung des Ausschusses mit Krankenhausärzten, Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Betriebsärzten ergab sich eine breite Streuung der Themen. Um Ihnen eine Vorstellung über die Probleme zu geben, mit denen wir uns beschäftigen wollen, seien beispielhaft einige Themen aufgezählt:

1. Für die Krankenhausärzte

- Probleme des Datenschutzes im Krankenhaus
- Fortbildung der Krankenhausärzte
- Probleme und Konsequenzen einer etwaigen weiteren Verkürzung der Arbeitszeit, speziell das Schichtdienstproblem



„
**Unsere Untersuchung zeigt,
 daß K-Mg-Aspartat gegenüber ventrikulären
 und supraventrikulären Extrasystolen
 eine deutliche antiarrhythmische Wirksamkeit
 besitzt.**
 „

Dr. Habeler
 Primarius Dr. Ehrenböck
 Ärztl. Praxis XXXI-Nr. 6, 157-160 (1979)

Tromcardin® FORTE

Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Extrasystolien;
 Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie;
 Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz, besonders beim Altersherz;
 Kalium-Mangelsyndrom,
 Magnesium-Defizit.

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

Zusammensetzung pro Tablette

360,42 mg Kalium-D,L-hydrogenaspartat · ½ H₂O
 360,57 mg Magnesium-bis-D,L-hydrogenaspartat · 4 H₂O

Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 x täglich 2 Tabl.
 Erhaltungsdosis 3 x täglich 1 Tabl.

Handelsformen und Preis

Packung mit 50 Tabletten DM 14,88
 Anstaltspackungen mit 500, 3000 u. 5000 Tabletten.

Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

H. Trommsdorff

Arzneimittelfabrik · 5110 Alsdorf bei Aachen



Trommsdorff

künftig häufiger gemeinsame Sitzungen abzuhalten, da die Interessensbereiche beider Ausschüsse teilweise deckungsgleich sind. Bei Herrn Präsidenten Sewering bedanken wir uns für die Anregung zu solcher Zusammenarbeit.

Ich möchte nun über die Ergebnisse der Sitzungen vom 29. Juni und 21. September 1979 berichten. Dabei möchte ich auf zwei Themen näher eingehen:

1. Berufliche Situation der Ärztinnen mit kleinen Kindern
2. Der bayerische Krankenhausbedarfsplan

Zu Punkt 1

Unser Ausschußmitglied, Frau Dr. Ulrich, führte im Februar 1976 eine Umfrage bei allen Ärztinnen durch, die im Bereich des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München gemeldet waren. Durch einen umfangreichen Fragebogen sollte die familiäre und berufliche Situation der Ärztinnen erfaßt werden. Dank der organisatorischen und finanziellen Unterstützung des Marburger Bundes konnten die Daten so aufbereitet werden, daß sie durch die EDV analysiert werden konnten. Ich möchte Sie nun nicht mit dem umfangreichen statistischen Material langweilen, sondern nur kurz einige Ergebnisse dieser Umfrage mitteilen.

Von 2217 angeschriebenen Kolleginnen sandten 754 (34 Prozent) den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück. Das ist ein relativ guter Rücklauf, obgleich wir bei dem angesprochenen Personenkreis auf einen höheren Rücklauf gehofft hatten. Mit der gebotenen Vorsicht glauben wir, daß die Ergebnisse für München und wahrscheinlich auch für Bayern bezüglich der untersuchten Fragen repräsentativ sind.

Die Ergebnisse lassen sich in sieben Punkte zusammenfassen:

1. Jüngere Ärztinnen zeigen ein erhöhtes Interesse an der Fragestellung und der Problematik.
2. 80 Prozent der verheirateten Ärztinnen haben ein oder mehrere Kinder. Die durchschnittliche Anzahl von Kindern je Ärztin liegt bei 1,7, d. h. über dem Bundesdurchschnitt von 1,5 Kinder pro Familie.

3. 86 Prozent der Kolleginnen sind aus familiären Gründen zwingend an den Großraum München gebunden.

4. 44 Prozent der Kolleginnen hatten keinen Erfolg bei der Arbeitssuche in München.

5. Knapp 90 Prozent der Kolleginnen wollen den Beruf wieder aufnehmen, sobald entsprechende Möglichkeiten gegeben sind.

6. Nur 6,5 Prozent der Kolleginnen suchen eine Vollzeitarbeit, der weit- aus überwiegende Teil sucht eine ärztliche Tätigkeit von 10 bis 30 Wochenstunden.

7. 50 Prozent wollen als Angestellte oder Beamte im öffentlichen Dienst arbeiten, 20 Prozent in einer Praxis, 12 Prozent als Praxisvertreterinnen und nur 17 Prozent haben keinen speziellen Wunsch.

Die beiden wichtigsten Ergebnisse sind:

90 Prozent der Kolleginnen wollen den Beruf wieder aufnehmen und über 90 Prozent suchen eine Teilzeittätigkeit. Aufgrund dieses Ergebnisses fordert Frau Dr. Ulrich, vermehrt Halbtagsstellen für Ärztinnen mit kleinen Kindern zu schaffen. Einen entsprechenden Antrag, der Halbtagsstellen für Ärztinnen fordert, wird Frau Dr. Ulrich auf dem 32. Bayerischen Ärztetag einbringen und ich möchte Sie jetzt schon bitten, diesen Antrag zu unterstützen.

Zu Punkt 2

Krankenhausbedarfsplan

Der Ausschuß beschäftigte sich auf Anregung von Herrn Dr. Fuchs mit diesem Thema. Um die Problematik, um die es hier geht, zu verdeutlichen, zitiere ich aus dem Referat von Herrn Ministerialrat Zimmer vom 23. Mai 1979: „Im Teil I des KBPI verdient als letztes noch eine Fußnote besondere Erwähnung: Ziffer 5, mit der seit 1974 der Teil III des KBPI angekündigt wird, soll künftig entfallen. Welchen Inhalt der Teil III erhalten soll, darüber will der Krankenhausplanungsausschuß in einer bereits für den 9. November 1979 terminierten Sondersitzung beraten.“

Unter der Ziffer 5 verbirgt sich folgendes:

Langfristige Krankenhausplanung. Ich zitiere: „Der Bedarfsplan wird durch einen Teil III ergänzt werden. Dieser Teil soll differenzierte Aus-

sagen über eine langfristige Zielplanung enthalten.

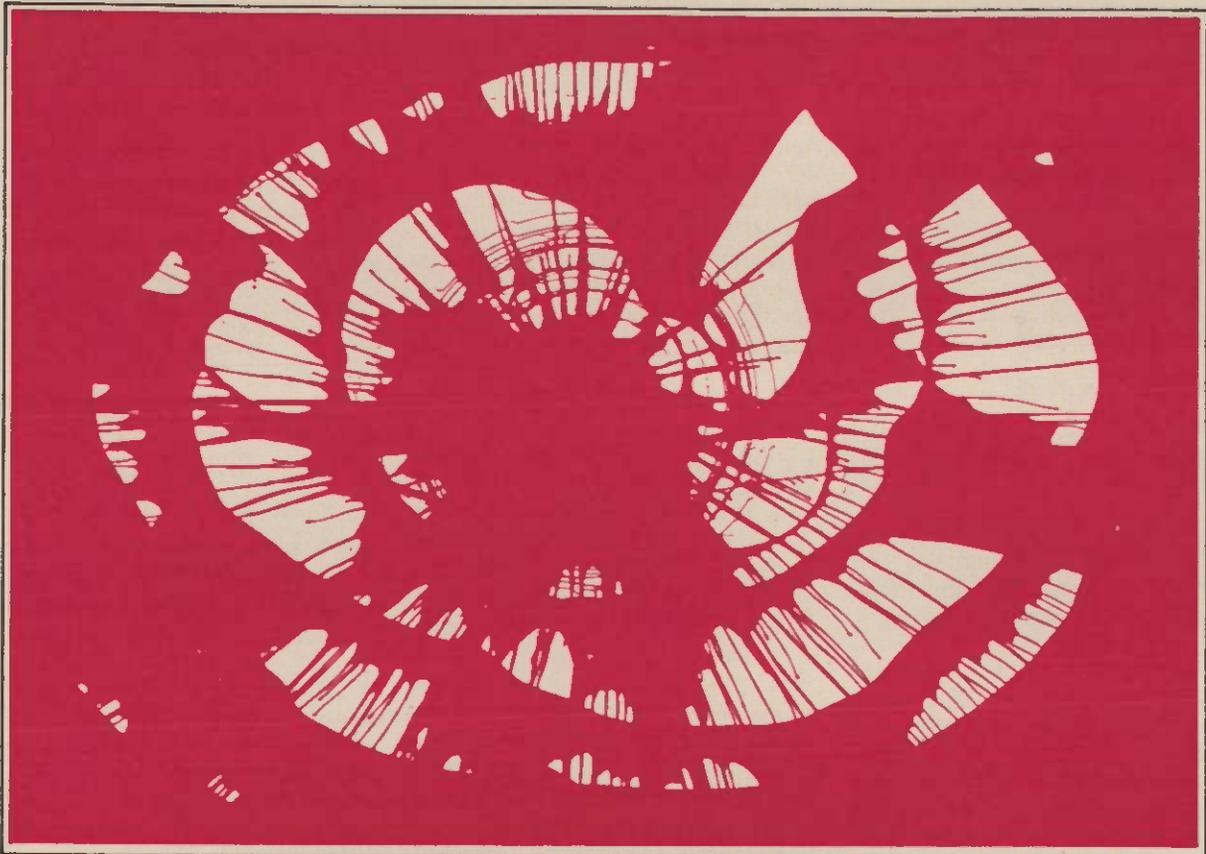
5.1 Diese Aussagen werden auf die einzelnen Versorgungsgebiete (regionalisierte Zielplanung) abgestellt, die – wie die Teile I und II – ebenfalls unter Mitwirkung des Planungsausschusses zu erarbeiten sind.

5.2 Nach eingehenden Beratungen mit den Beteiligten sollen in Teil III auch Aussagen über eine langfristige Krankenhauszielprojektion ihren Niederschlag finden. Lediglich beispielhaft sind in diesem Zusammenhang zu nennen:

- Integration psychiatrischer Abteilungen in Krankenhäusern der zweiten Versorgungsstufe
- Nachsorgeeinrichtungen
- Organisation der geriatrischen Versorgung
- Verwendung der Krankenhäuser, die nicht in den Bedarfsplan aufgenommen werden konnten
- Formen halbstationärer Versorgung
- Ausweise und Verteilung der Trainingszentren zur Versorgung chronisch Nierenkranker; Betreuung und Heimdialysepatienten
- Schwerpunktversorgung für bestimmte Fachgebiete
- Belegärztliche Tätigkeit im Krankenhaus
- Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern einerseits und den Rehabilitationseinrichtungen andererseits.“

Die Ausgestaltung der Ziffer 5 macht eindrücklich klar, daß die Krankenhausversorgung nur ein Teil in der Kette der Glieder unseres Gesundheitssystems ist. Änderungen im Bereich ambulanter Versorgung, im Bereich der Sozialdienste, stationärer Versorgung, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und der Sozialgesetzgebung haben direkten Einfluß auf den Bedarf an Krankenhäusern. Ein Krankenhausbedarfsplan ohne Einbeziehung der Faktoren unseres Gesundheitssystems, die den Bedarf an stationärer Versorgung bedingen, ist nicht möglich. Daher ist meiner Meinung nach der Verzicht auf Aussagen zum Teil III, der Verzicht auf eine Krankenhausbedarfsplanung. Politische Äußerungen der Mehrheit der Organisationen und Verbände, die im Landesplanungsausschuß vertreten sind,

wenn der Stress stärker ist als die Psyche



PRAXITEN[®] **EIN GANZ VERNÜNFTIGER TRANQUILIZER**

wegen seiner besonders guten Verträglichkeit
wegen seiner relativ kurzen Halbwertszeit
wegen seiner unkomplizierten Inaktivierung

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 15 mg Oxozepam.

Anwendungsgebiete: Proxiten ist bei allen Zustandsbildern angezeigt, bei denen Erscheinungen wie Angst, Spannung, Unruhe, Erregbarkeit, erhöhte Reizbarkeit und Schlaflosigkeit im Vordergrund stehen oder die damit einhergehen.

Gegenanzeigen: Myosthenia gravis. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationsstellung.

Nebenwirkungen: Zu Beginn der Behandlung und bei höherer Dosierung kann Müdigkeit auftreten, die meist nach wenigen Tagen von selbst oder spätestens nach Herabsetzen der Dosis verschwindet.

Sonstige, jedoch seltene, meist dosisabhängige Nebenwirkungen sind Benommenheit, Schwindel, leichte Übelkeit, Mundtrockenheit, Appetitverminderung, Gewichtszunahme, Libidoabnahme. Bei hohen Dosen sind infolge des muskel-

relaxierenden Effektes Ganganunsicherheit, optische Erscheinungen, Doppelbilder und Artikulationsstörungen möglich.

Wechselwirkungen: Zwischen Proxiten und anderen zentraldämpfenden Pharmaka (z.B. Analgika, Schlafmittel, Psychopharmaka) ist eine wechselseitige Wirkungsverstärkung möglich.

Besondere Hinweise: Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Packungsgrößen und Preise:

O.P. 20 Tabletten DM 6,19
O.P. 50 Tabletten DM 14,61
A.P. 500 Tabletten



lassen vermuten, daß en einer Ausgestaltung des Teil III im Sinne der Ziffer 5 zur Zeit nicht gedacht wird.

Im Ausschuß ist die Diskussion über die Problematik noch nicht abgeschlossen, daher bitte ich, die nachfolgenden Äußerungen nur als Diskussionsanregung hier auf dem Ärztetag verstehen zu wollen.

Unser Gesundheitssystem ist im wesentlichen in drei große Bereiche gegliedert.

1. Ambulante Versorgung

2. Stationäre Versorgung

3. Öffentlicher Gesundheitsdienst mit den angegliederten Sozial- und anderen unterstützenden Diensten

Für den ambulanten und stationären Bereich liegen Bedarfspläne vor oder werden entwickelt. Im ambulanten Bereich sollten Versorgungslücken aufgedeckt, im stationären Bereich sollten Überkapazitäten nachgewiesen werden.

Im Ergebnis wurde, vereinfacht ausgedrückt, der Ist-Zustand als Planungsziel sanktioniert. Dies liegt u. a. an methodischen Hindernissen.

1. Schwierigkeiten in der Krankenhausplanung ergeben sich vor allem aus der Tatsache, daß medizinische Leistungen und damit auch Krankenhausleistungen bis heute nicht exakt definiert werden können.

2. Ich darf dazu Eichhorn zitieren: „Da sich der Bedarf wissenschaftlich nicht definieren läßt, ist die Krankenhausregionalplanung, sind die Entscheidungen über den Bettenbedarf letzten Endes Objekte ‚gesundheitspolitischer Planung‘, der mit Forschung keine Entscheidungshilfen angeboten werden können.“ Gleiches dürfte letztlich auch für die ambulante Versorgung gelten. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit gesundheitspolitischer Planung unter dem Aspekt des Gesamtsystems, wobei jedem Teil des Systems nach Quantität und Qualität bestimmte Aufgaben zugewiesen werden. Dabei ist zwingend, daß jede Veränderung in einem Bereich unseres geschlossenen Gesundheitssystems vielfältige Auswirkungen auf jeden der beiden anderen Bereiche haben muß.

An einem Beispiel möchte ich versuchen, diese Gedanken zu erläutern: Ihnen allen ist der Inhalt des Bayern-Vertrages zwischen der KVB

und den RVO-Kassen bekannt. Für den Krenkenhausbereich ist die Regelung wichtig, die besagt, daß der Nachweis seltenerer Krankenhaus-einweisungen Kostensteigerungen im ambulanten Bereich kompensieren kann. Hier hat eine Vereinbarung zwischen zwei Partnern erhebliche Auswirkungen auf einen Dritten, dem schon aus formalen Gründen Einfluß auf den Vertragsinhalt verwehrt bleibt. Die Vereinbarung zwischen KVB und RVO-Kassen ist, was die Möglichkeit der Reduktion der Krankenhauseinweisungen angeht, durchaus logisch. Unverändert steht als Grundüberzeugung aller Beteiligten fest, daß so viel wie möglich ambulant diagnostiziert und behandelt werden soll. Früher blieb aber die komplizierte Diagnostik und Therapie eine Domäne des Krankenhauses. Inzwischen sind aber viele Praxen und Labors wie Kliniken ausgerüstet, so daß das Krankenhaus, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine diagnostische Vorrangstellung mehr beanspruchen kann. Auch komplizierte Therapien können heute ambulant durchgeführt werden, nicht zuletzt als Folge des zunehmenden Anteils von Fachärzten mit entsprechenden Spezialkenntnissen an der ambulanten Versorgung. Diese Entwicklung führt aber für den Krankenhausbereich zu folgenden negativen Konsequenzen:

1. Verarmung der Krankenhäuser an Basisdiagnostik
2. Minderung der Krankenhausgänge
3. Steigerung der Verweildauer
4. Änderung der Bettennutzung
5. Verschlechterung des Patientenrisikos

Diese negativen Konsequenzen führen dazu, daß das Krankenhaus noch teurer wird. Das Krankenhaus wird außerdem seine bisherige Rolle als Weiterbildungsstätte nicht mehr behalten können, wenn in ihm Basisdiagnostik nicht vermittelt wird und nur schwerste Krankheitsfälle versorgt werden.

Zum Schluß einige Thesen und Bemerkungen zum umrissenen Problem.

Warum ist die Erstellung eines Landeskrankenhausbedarfsplanes einschließlich des Teil III nicht nur gesetzlich geboten, sondern auch sachlich notwendig?

1. Es werden originäre Aufgaben des Krankenhauses quantitativ und qualitativ beschrieben:

1.1 Versorgungsstufen

1.2 Regionalplanung

1.3 Verzahnung mit ambulantem Bereich und Hilfseinrichtungen

2. Es wird mittelfristig festgelegt, welcher Umfang an stationären Einrichtungen vorgehalten werden muß, um einen erwarteten Bedarf zu decken.

3. Es wird klargestellt, welche Krankenhäuser mit Förderung rechnen können und welche nicht.

4. Es wird für den Krankenhausbereich definiert:

4.1 Was soll er machen?

4.2 In welchen Krankenhäusern?

4.3 Welche der bisherigen Aufgaben des Krankenhauses können von anderen Bereichen übernommen werden?

In der politischen Diskussion um die Aufgabe des Krankenhausbereiches sind einige Behauptungen sicher nicht sachgerecht.

1. Das Krankenhaus sei der größte Kostentreiber.

2. Die gleichen Leistungen seien in der Praxis wesentlich billiger als im Krankenhaus zu erbringen.

3. Das Krankenhaus sei weniger wirtschaftlich als Praxis oder Belegklinik.

Dagegen ist zu sagen:

1. Das Krankenhaus muß für extreme Krankheitsnotfälle Diagnostik und Therapie vorhalten, die in der Praxis nicht vorkommen. Das Vorhalten ist kostenintensiv, vor allem im Personalbereich.

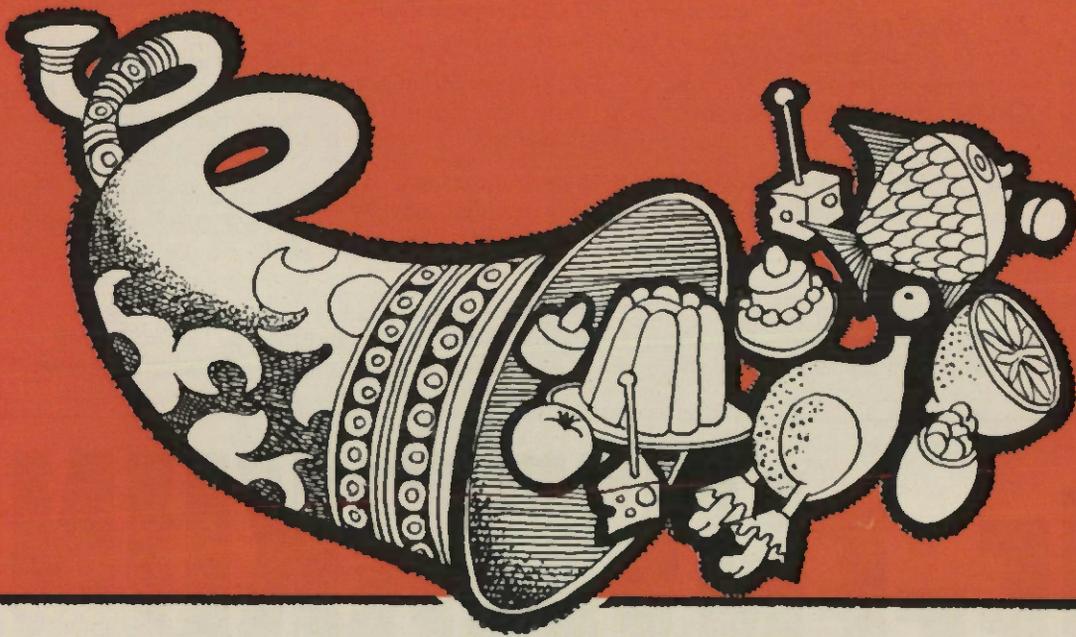
2. Das Krankenhaus hat das schlechtere Patientenrisiko zu tragen. Es war schon immer so, Patienten mit teurer Diagnostik und Therapie werden ins Krankenhaus eingewiesen. Dieses war vor dem KHG für die Kassen besonders lukrativ, da die Pflegesätze nicht kostendeckend waren.

3. 70 Prozent der Krankenhauskosten sind Personalkosten. Das Vorhalten von Leistungen rund um die Uhr ist sehr teuer, folglich sind auch die Leistungen teuer. Der Preis wird aber gerechtfertigt durch die besondere Aufgabenstellung.

4. Ich halte es für gesundheitspolitisch sinnvoll, auch den Kranken-

ohne Sorgen
essen und verdauen

Pankreaplex[®]



aktiviert die Verdauungs-
sekretion ohne Enzym-
Substitution

wirkt krampflösend

beruhigt die entzündete
Magenschleimhaut

behebt Flatulenz und
Meteorismus

Indikationen: Sekretionsschwäche von Magen,
Leber und Pankreas, Inappetenz, Gärungs- und
Fäulnisdyspepsie, Meteorismus, Flatulenz,
Roemheld-Komplex, Dysbakterie, Intestinale
Begleitsymptome bei Diabetes.

Zusammensetzung: Percolat. 1–10:
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Syzygii 4 ml,
Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml,
Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin.
hydrol. 0,5 g, Corrigitia ad 20 ml.
1 Dragée entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise: Packungen: 60 Dragées 6,06 DM,
150 Dragées 12,16 DM, 20 ml Liquidum 6,06 DM,
50 ml Liquidum 12,16 DM
(Stand: 1. Juli 1979)



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

hausbereich in die Kostendämpfung einzu beziehen. Das Instrumentarium des Nachweises der Wirtschaftlichkeit wird bald in allen Krankenhäusern verfügbar sein. Erfahrungsberichte mit der PEER-REVIEW-Technik im ärztlichen Bereich sind erfolgversprechend.

Warum besteht geringes politisches Interesse, den Teil III in der ursprünglichen Form auszuarbeiten?

1. Der Krankenhausbedarfsplan sanktioniert weitgehend den Ist-Zustand.
2. Die Planung eines integrierten Versorgungssystems in unserem Gesundheitswesen mit Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich, öffentlichem Gesundheitswesen und seinen sozialen Diensten würde den Ist-Zustand verändern.
3. Krankenhäuser sind von großer lokaler Bedeutung als Wirtschaftsfaktoren, deswegen stößt die sachlich gebotene Schließung von Krankenhäusern häufig auf unüberwindliche politische Schwierigkeiten.
4. Es besteht Abneigung gegen Planung und Sympathie für die freie Ent-

wicklung aller Bereiche. Dabei wird vergessen, daß es keine konkurrierenden Angebote an die Patienten geben sollte, sondern daß alle Teile des Gesundheitssystems nur ihren Teil an Dienstleistungen anbieten sollten.

Was spricht für die Ausgestaltung des Teil III nach der in Ziffer 5 skizzierten Form?

1. Ein gegliedertes Versorgungssystem kann regional längerfristig durchgesetzt werden mit dem Ziel gleichmäßiger Versorgung der Bevölkerung.
2. Jedem Teil des Systems kommt eine definierte Aufgabe nach Quantität und Qualität zu.
3. Wirtschaftlichkeitserwägungen können nicht mehr für einen Teil isoliert angestellt werden.
4. Bei Änderung der Aufgaben eines Teilbereiches sind automatisch alle anderen betroffen, man sollte sie deshalb dazu befragen.
5. Die Schließung von Krankenhäusern, ihre Ersetzung durch Pflegeeinrichtungen u. ä. werden erleich-

tert, wenn sie als notwendige und sinnvolle, sich ergänzende Maßnahmen erkennbar werden.

Die gesundheitspolitische Diskussion der jüngsten Zeit ist von vielfältigen Sorgen der Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen bestimmt. Ein erkennbares künftiges Überangebot an ärztlicher Arbeitskraft, Beschneidung der Mittel für den Gesundheitsbereich, Abbau von Krankenhausbetten und andere Faktoren lassen vermehrte Konflikte innerhalb des ärztlichen Berufsstandes unausweichlich erscheinen. Um so wichtiger ist es, und hier werden Sie mir hoffentlich zustimmen, unsere Kammer als die Einrichtung zu sehen und zu fördern, die als eine, alle ärztlichen Gruppen umspannende Institution zu allererst in der Lage ist, den Ausgleich manchmal divergierender Interessen vorzunehmen.

Zum Schluß möchte ich mich im Namen der Ausschußmitglieder herzlich bei Herrn Dr. Stordeur und seinen Sekretärinnen bedanken für die reibungslose Zusammenarbeit und prompte Unterstützung bei allen organisatorischen Schwierigkeiten.

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum zur percutanen Schmerz-Therapie

bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln, Sehnen und Gelenken

mit dem Vorzug der besonderen Wirtschaftlichkeit
100 ml
DM 7,82

Marament[®] Balsam N



Indikationen:
Bei rheumatischen Beschwerden, Lumbago, Neuralgien, Prellungen und Verstauchungen, Schmerzen an Muskeln, Sehnen und Gelenken.

Gegenanzeigen:
Bei Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern Langzeit-

behandlung auf großen Flächen vermeiden; ebenso bei vorgeschädigter Niere.

Zusammensetzung:
100 g enthalten: 2,5 g Campher, 1,0 g Methylsalicylat, 0,15 g Nicotinsäurebenzylester, 30,0 g Isopropanol, 2,0 g Kiefernadelöl.

Packungen/Preise lt. AT. m. MwSt.:
O.P. Flasche mit 100 ml DM 7,82
O.P. Flasche mit 250 ml DM 16,96

WIDER



Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

Probleme der Hochschullehrer

Professor Dr. W. Ch. Hecker, München, Auschuß für Hochschulfragen

Nach der Konstituierung des Ausschusses am 30. Mai 1979 wurde unter Leitung des Vizepräsidenten, Dr. Fuchs, als Vorsitzender Professor Hecker und als stellvertretender Vorsitzender Privatdozent Dr. Kunze gewählt.

Als eine seiner wichtigsten Aufgaben sieht der Ausschuß, einen näheren und intensiveren Kontakt zu den medizinischen Fakultäten in Bayern zu halten, um die Sorgen der Fakultäten in den Bereichen, in denen die Kammer zuständig ist, zu erfahren, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und diese gegenüber dem Kammervorstand und den Bayerischen Ärztetagen zu vertreten. Der Ausschuß möchte in regelmäßigen intervallen die Fakultäten besuchen und dort direkt mit Mitgliedern der Fakultäten diskutieren. So ist der erste Besuch des Hochschulausschusses am 14. November dieses Jahres bei der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen vorgesehen.



Professor Dr. W. Ch. Hecker

Der Ausschuß hat sich in zwei Sitzungen sehr eingehend mit dem neuen bayerischen Hochschullehrergesetz beschäftigt und hier besonders das

Problem diskutiert, das die strikte zeitliche Limitierung der Beschäftigung der Hochschulassistenten und akademischen Räte auf Zeit mit sich bringt. Hier sind besonders die habilitierten wissenschaftlichen Assistenten der theoretischen Institute betroffen. Der Ausschuß hat dem Vorstand vorgeschlagen, sich in dieser Angelegenheit an die Bayerische Staatsregierung zu wenden. Mit Datum 25. September 1979 hat der Herr Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Sewering, ein entsprechendes Schreiben an den Herrn Staatsminister Professor Hans Maier gerichtet und die von der Kommission ausgearbeiteten Lösungsmöglichkeiten der angesprochenen Problematik Professor Maier dargelegt.

Eine persönliche Fühlungnahme des Vorsitzenden des Hochschulausschusses mit dem Herrn Staatsminister Professor Dr. Maier ist vorgesehen. Ziel dieser Kontaktnahme soll sein, dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus vorzuschlagen, in allen wichtigen Angelegenheiten übergeordneter Art, die die medizinischen Fakultäten betreffen, mit der bayerischen Landesärztekammer und seinem Hochschulausschuß Kontakt aufzunehmen.

Infekte u. Kosten beherrschen

Antibiocin[®] 1 Mega Kapseln

1 Mill I.E. Phenoxymethylpenicillin-Kalium
hochdosiertes Oral-Penicillin

Indikationen: Infektionen mit Penicillin-empfindlichen Erregern: z. B. bei Angina, Tonsillitis, Sinusitis, Bronchitis, Bronchopneumonie, Otitis media, Abszesse, Furunkel, Phlegmone, Erysipel.

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 1 Million I.E. Phenoxymethyl-Penicillin-Kalium (entspr. 653,8 mg, entspr. 589,5 mg Gesamipenicillin nach Ph. Eur. II).

Dosierung: Für Erwachsene und Schulkinder in der Norm 3 x 1 Kapsel täglich.

Kontraindikationen: Penicillinüberempfindlichkeit. Vorsicht bei Patienten mit allergischer Diathese!

 DORSCH & CO. KG
8 MÜNCHEN 70

20 Kaps. **17,80**

Tetrabakat[®] 500 Kapseln

Tetracyclhydrochlorid 500 mg
Breitband-Antibiotikum

Zusammensetzung: 1 Kapsel 500 mg Tetracyclhydrochlorid.

Indikationen: Akute und chronische Infekte der Atemwege, der Haut, der Galle und Gallenblase, des Harntrakts und des Darms.

Dosierung: In der Norm morgens und abends 1 Kapsel. In schweren Fällen bis zu 4 Kapseln pro Tag.

Kontraindikationen: Tetracyclin-Überempfindlichkeit, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit, während der Zahnentwicklung (bei Kindern am besten nicht vor dem 8. Lebensjahr!). Seltene Nebenwirkungen mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfällen. Vereinzelt pathologisches Pilzwachstum, allergische Erscheinungen.

Hinweis: Nicht mit Milch, sowie zusammen mit Eisen-, Kalzium- und Aluminium-Verbindungen einnehmen. Keine Antazida!

20 Kaps. **14,75**

Testkarte und Testbogen

Dr. E. Thäle, Weißenhorn, Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Der ärztlichen Fortbildung wurde in den letzten Jahren ein immer größer werdendes Interesse entgegengebracht. Der Anstoß hierzu erfolgte einerseits durch den Zwang, die Wissensvermehrung in der Medizin möglichst rasch in der Praxis zu verwerten und andererseits durch die Zuwendung der Öffentlichkeit, ärztliches Handeln kritisch zu betrachten und an dem nicht immer sachlichen Informationsstand, der dem Laien durch die Presse vermittelt wird, zu messen. Auch aus diesem Grunde haben sich selbstverständlich die Ärztekammern die Aufgaben gestellt, mittelbar und unmittelbar zur Fortbildung der ihnen angehörenden Ärzte beizutragen.

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung, ein Ausschuß der Bayerischen Landesärztekammer, hat sich auch im Berichtsjahr sehr intensiv dieser Situation angenommen unter dem Wissen und der Erkenntnis, daß das Ziel der ärztlichen Fortbildung letztlich eine Verbesserung der auf die ärztliche Versorgung und die gesundheitliche Betreuung der gesamten Bevölkerung ausgerichteten Berufstätigkeit ist.

Der Schwerpunkt der ärztlichen Fortbildung in Bayern liegt nach wie vor bei den Veranstaltungen der örtlichen Berufsvertretung. Zu den insgesamt 719 Fortbildungsveranstaltungen der 63 Ärztlichen Kreisverbände fanden sich im Berichtsjahr 50 700 Teilnehmer ein. 11 900 besuchten die 96 Veranstaltungen der regionalen Fortbildungszentren und rund 9000 die fünf großen bayerischen Fortbildungskongresse. Die Klinische Fortbildung (48 Veranstaltungen) in Bayern wies über 5000 Teilnehmer auf.

Mit der Gesamtzahl von 76 000 Anwesenden sind aber nur jene Kolleginnen und Kollegen erfaßt, die an der ärztlichen Fortbildung im Rahmen von Veranstaltungen teilnahmen, welche die ärztliche Berufsvertretung selbst oder in Zusammenarbeit mit Kliniken durchführte. Nicht erfaßt werden kann natürlich die große Zahl von Ärzten, die Fachkon-

gresse in- und außerhalb Bayerns, die Internationalen Kongresse der Bundesärztekammer oder sonstige Fortbildungsveranstaltungen besuchten.

Die 719 Veranstaltungen Ärztlicher Kreisverbände in Bayern verteilen sich auf 674 Abend-, 35 Nachmittags-



Dr. E. Thäle

und 10 Wochenendveranstaltungen. Um einen Überblick über die Größenordnung dieser Fortbildung zu geben, sei vermerkt, daß die mittlere Teilnehmerzahl bei Wochenendveranstaltungen um 125, bei Abend-/Nachmittagsveranstaltungen um 70 lag.

Die acht regionalen Fortbildungszentren Bayerns (Amper-Ilm-Kreis, Bad Kissingen, Chiemgau, Niederbayern, Oberallgäu, Oberfranken, Ostbayern, Weißenhorn) führten insgesamt 83 Nachmittags- und 13 Wochenendveranstaltungen durch. Mit 4615 Teilnehmern steht die Oberallgäu-Fortbildung an der Spitze, gefolgt von 2700 bei der Chiemgau-Fortbildung, 1955 bei der Ostbayerischen Fortbildung und 1600 bei der Weißenhorer Fortbildung. Die Amper-Ilm-Fortbildung besuchten 630, je 200 nahmen an der Fortbildung in Bad Kissingen und in Niederbayern teil.

Der „29. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer“ wurde wiederum von 4200 Teilnehmern aus dem gesamten Bundesgebiet besucht. 3400 kamen zur 61. und 62. Tagung „Ärztliche Fortbildung Regensburg“ und 1400 zum 62. und 63. „Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin“.

Die Klinische Fortbildung in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer bot 20 Nachmittags-/Abendveranstaltungen an, 6 Ganztags-, 13 Wochenendveranstaltungen, ferner 9 Veranstaltungen mit einer Dauer von drei bis sieben Tagen.

An dieser Stelle sei allen beteiligten Klinikchefs und ihren Mitarbeitern und den Fortbildungsveranstaltern gedankt, daß sie sich dieser zusätzlichen erheblichen Belastung freiwillig unterzogen haben. Die ständige Zunahme der Teilnehmerzahlen zeigt, daß sich die ärztliche Fortbildung bewährt und auch von den Kollegen in zunehmendem Maße gewünscht wird.

Die Bayerische Landesärztekammer führte ferner erstmalig einen Fortbildungskurs für „Ärzte als Hygienebeauftragte an Krankenhäusern“ durch. An diesem fünftägigen Kurs (23. bis 27. Oktober 1978) in München nahmen 125 Kollegen teil.

Vier Fortbildungskurse für Arzthelferinnen wurden von der Kammer veranstaltet. Rund 500 Arzthelferinnen und MTAs erhielten in Nürnberg, Augsburg und Regensburg eine jeweils eineinhalbtägige theoretische und praktische Fortbildung. Am „8. Zentralkongreß für medizinische Assistenzberufe“ in Augsburg waren rund 1000 Teilnehmer zu verzeichnen. Darüber hinaus führten auch zahlreiche Ärztliche Kreisverbände Veranstaltungen für Arzthelferinnen durch, an 22 solchen Veranstaltungen nahmen rund 1100 Arzthelferinnen teil.

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer liefen ebenfalls noch in Nürnberg (Professor Dr. Zeitler, Krankenanstalten Nürnberg, Radiologisches Zentrum, 8500 Nürnberg) zwei Strahlenschutzkurse ab, und zwar ein Grundkurs (19. bis 20. und 26. bis 27. Januar 1979) mit 86 Teilnehmern, ein Diagnostikkurs (6. bis 14. Oktober 1978) mit 73 Teilnehmern.

Die doppelte Kraft:

Oxytetracyclin +
Gelomyrtol® forte

Tetra-Gelomyrtol®



*Initialtherapie bei
akut-entzündlichen
und chronisch rezidivierenden
Sinusitiden und Bronchitiden*

ZUSAMMENSETZUNG: Eine Kapsel enthält 300 mg Myrtol und 250 mg Oxytetracyclin HCl. INDIKATIONEN: Akute Bronchitis und Sinusitis. ANWENDUNG und DOSIERUNG: Erwachsene nehmen 4 x täglich eine Kapsel eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten mit einem kalten Getränk ein. Nach Abklingen der akutenentzündlichen Phase empfiehlt sich ein Übergehen auf GELOMYRTOL® FORTE. HINWEIS: Der Genuß von Milchprodukten sollte während der Therapie mit Tetra-Gelomyrtol, wie auch bei allen anderen Tetracyclin-Präparaten, vermieden werden. KONTRAINDIKATIONEN: Tetra-Gelomyrtol darf bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen nicht eingenommen werden, in der Schwangerschaft und bei Kindern unter 8 Jahren nur bei vitaler Indikation. NEBENWIRKUNGEN: Durch Myrtol können vorhandene Nieren- und Gallensteine in Bewegung gesetzt werden. HANDELSFORMEN und PREISE: OP 20 Kapseln DM 14,60; neu OP 40 Kapseln DM 25,00.

G. Pohl-Boskamp 2214 Hohenlockstedt



Entsprechend der Entschließung des 31. Bayerischen Ärztetages hat sich die Akademie vorwiegend mit der Nachweismöglichkeit der ärztlichen Fortbildung, wie sie im § 7 Absatz 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns fixiert ist, befaßt.

Hier darf ich zunächst auf die Bekanntgabe der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung im Mai 1979 und im September 1979 nochmals verweisen.

In der Sitzung der Bayerischen Akademie vom 22. Juni 1979 wurde beschlossen, daß neben dem bereits im Tätigkeitsbericht 1978 avisierten Testatheftchen nunmehr auch zur Ausarbeitung einer Testbogenaktion zur Selbstüberprüfung des Wissensstandes geschritten werden sollte.

Hierbei sollte vor allem jede Art der Reglementierung vermieden, zum anderen aber auch allen bayerischen Ärzten diese Testbogen zugänglich gemacht werden und zunächst unterschiedslos und ohne Berücksichtigung der Fachgebiete oder einer speziellen Tätigkeit der Kollegen ausschließlich Fragen behandelt werden, die sich mit der Notfallmedizin befassen.

So wurde ein Fragenkomplex ausgearbeitet, der Ihnen, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, im Dezember dieses Jahres zugehen wird.

Wir haben uns hier bemüht — und zwar ganz bewußt —, recht unsystematisch und — wenn Sie so wollen — recht bunt durcheinander Fragen der Notfallmedizin anzusprechen, die uns ja auch in der täglichen Praxis ohne irgendeine systematische Aneinanderreihung immer wieder begegnen und auch in Zukunft begegnen können. Selbstverständlich kann eine solche Situation keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Zu den Ihnen vorzulegenden Fragen darf aber noch bemerkt werden, daß sie sich zum größten Teil auf Themen beziehen, die als Fortbildungsinformationen im „Bayerischen Ärzteblatt“ bzw. in dem Band der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe „Notfallmedizin in Stichwörtern“ erschienen sind. Sie sind von hoher praxisbezogener Bedeutung. Wir haben uns bemüht, bei der Formulierung der Fragen auf die Eindeutigkeit der richtigen Antwort zu achten. Darin liegt natürlich kein einfaches Problem, weil sich in der Medizin oftmals der Satz bestätigt, daß viele Wege nach Rom führen. Viele Vorstellungen unterliegen selbstverständlich auch in der Wertigkeit von Krankheitsmerkmalen und insbesondere bei therapeutischen Verfahren dem Wandel durch den Fortschritt der Medizin, so daß jeweils nur die geltende Lehrmeinung als richtig angesehen werden kann.

Natürlich läßt sich auch über Lehrmeinungen diskutieren. — Damit ist aber jenes Ziel erreicht, das der Testbogenaktion vordringlich zugrunde liegt, nämlich Anregungen zu geben, über medizinische Fragen nachzudenken. Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung sieht aber auch ihre Aufgabe darin, die dezentralisierte Fortbildung zu fördern, um jedem Kollegen einen möglichst großen Freiraum seiner Fortbildungsaktivitäten zu lassen. Jeder Freiheitsgrad bedeutet aber auch Verpflichtung, diese Freiheit zu erhalten. Das gilt natürlich auch für die ärztliche Fortbildung und ihre Effektivität.

Die nach der Berufsordnung und nach dem Kammergesetz festgelegte Verpflichtung zur beruflichen Fortbildung ist eigentlich eine im Grunde überflüssige Vorschrift, denn einerseits ist die berufliche

Fortbildung bei der raschen Entwicklung der Medizin eine *Conditio sine qua non* und andererseits habe ich bisher noch keinen Kollegen kennengelernt, den man nicht hätte für eine entsprechende Fortbildung gewinnen können (nicht: zwingen können).

Als Kontrollmethode zur Erfassung eines bestimmten Kenntnisstandes kann die Umfrageaktion auch kaum herangezogen werden, weil sie selbstverständlich nicht den Kriterien einer Prüfung entspricht. Das soll und kann die Testbogenaktion auch nicht sein. Alle dahingehenden Befürchtungen sind zweifelsohne gegenstandslos und gehen an dem Ziel dieser Aktion vorbei.

Diese Testbogenaktion hat insofern eine außergewöhnliche berufspolitische Bedeutung, weil damit auch der Beweis erbracht wird, daß wir Ärzte nicht nur Lippenbekenntnisse eblegen, wir würden Fortbildung betreiben, sondern auch beweisen, daß wir es wirklich tun, und zwar mit Erfolg. Es wird damit auch der Auftrag des Gesetzgebers an die Kammer erfüllt, über die Berufspflichten der Ärzte zu wachen.

Es liegt keine Kontrolle des Arztes vor, sondern es ist eine freiwillige Selbstbestätigung des Wissensstandes und sie bedeutet schließlich eine spezielle Form der individuellen Fortbildung.

Vorteile liegen auch darin, daß alle Ärzte unterschiedslos angesprochen worden sind. Gleichgültig, mit welcher Methode der Arzt sich fortbildet, seine Teilnahme ist jedenfalls ein direkter Fortbildungsnachweis, sie ist objektiv, anonym, Mängel werden erkennbar, aber nicht schuldbezogen individualisiert. Die zeitliche Belastung ist gering, da die Teilnahme an keinen bestimmten Zeitpunkt oder Ort gebunden ist,



RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutane Kardiakum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert.

Cor.nervos., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g - Valerian. 1,7g - Tinct. Convall. 0,8g - Castor 0,6g - Camph. 1,0g - Menthol. 0,5g - Nicotin. 0,15g. O.P. 30g DM 6,14

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

wobei auch die Kostenfrage in diesem Fall praktisch für den einzelnen Arzt unberücksichtigt bleiben kann.

In diesem Sinne möchte ich an Sie alle, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, und damit an alle unsere bayerischen Kolleginnen und Kollegen in aller Form die Bitte richten, unterstützen Sie uns in unserer Testbogenaktion und helfen Sie uns, damit wir Ihnen auch in Zukunft behilflich sein können.

Nehmen Sie bitte diese meine Ausführungen als nochmaligen Hinweis und nochmalige Versicherung, daß ausgerechnet die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung, die zusammengesetzt ist aus Universitätslehrern, niedergelassenen Allgemeinärzten und auch Fachärzten, nicht im entferntesten daran denkt, Sie mit irgendeiner Form zu reglementieren. Wir wollen den von Ihnen vom letzten Bayerischen Ärztetag gefaßten Beschluß in die Tat umsetzen und Ihnen eine weitere Möglichkeit des Nachweises der durchgeführten Fortbildung anbieten. Aus diesem Grunde würden wir uns besonders freuen, wenn Sie sehr zahlreich an dieser Testbogenaktion teilnehmen würden.

Es wäre unhöflich, wenn ich meine Ausführungen schließen würde, ohne hier meinen besonderen Dank an Herrn Professor Schretzenmayr, der viele Jahre diesem Ausschuß vorstand und in besonderer Art und Weise der Fortbildung nicht nur in Bayern und nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern über die Grenzen hinaus ein besonderes Ansehen verschafft hat, einen außerordentlichen herzlichen Dank zu sagen.

Einen Teil des Dankes hat die deutsche Ärzteschaft ihm in Nürnberg insofern entgegengebracht, als er einstimmig zum Ehrenvorsitzenden des Senats für ärztliche Fortbildung gewählt wurde.

Schließlich bedanke ich mich bei allen Ausschußmitgliedern und selbstverständlich auch bei dem Herrn Sachbearbeiter der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Stordeur, und seinen Mitarbeiterinnen.

Dem Kammervorstand, an der Spitze dem Herrn Präsidenten, sei gedankt für sein stets entgegengebrachtes Verständnis unseres gemeinsamen Anliegens.

Zum Krankenhausbedarfsplan

Professor Dr. F. Zimmer, München, Krankenhausausschuß

Der Krankenhausausschuß hatte am 23. Mai 1979 seine konstituierende Sitzung.

Der langjährige Vorsitzende dieses Ausschusses, Medizinaldirektor Dr. Birkner, bat um Verständnis, daß er sich wegen neuer zusätzlicher Belastungen neben der Leitung der Nürnberger Krankenanstalten als Ärztlicher Direktor nicht mehr für das



Professor Dr. F. Zimmer

Amt des Vorsitzenden zur Verfügung stellen kann. Herrn Kollegen Birkner gebührt unser aller Dank für die von ihm geleistete Arbeit. Er hat die Sitzungen in souveräner Weise geleitet und dabei hervorragende Ergebnisse erzielen können.

Da für die Neuwahl zum Vorsitzenden ich allein vorgeschlagen wurde, fühlte ich mich zur Kandidatur verpflichtet und wurde ohne Gegenstimme gewählt.

Zum Stellvertreter des Vorsitzenden wurde Herr Kollege Brendler aus Münchberg ebenfalls einstimmig gewählt. Die Ausschußmitglieder begrüßen die Wahl dieses erfahrenen Belegarztes besonders wegen der im Ausschuß zu behandelnden Belegarztangelegenheiten.

Dem Krankenhausausschuß gehören vier nachgeordnete Ärzte, vier Be-

legärzte und sechs Chefärzte an, so daß die Vertretung der einzelnen, am Krankenhaus arbeitenden Gruppen ausgewogen ist. Auf eine Kooption weiterer Vertreter dieser Gruppen konnte deshalb verzichtet werden. Ausdrücklich behält sich aber der Ausschuß die Möglichkeit vor, zur Beratung von Einzelproblemen kompetente Persönlichkeiten einzuladen.

Schließlich hat der Ausschuß auf Ersuchen des Kammervorstandes Herrn Kollegen Hohenbleicher aus Vilsbiburg als seinen Vertreter für den Ausschuß für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses gewählt.

Im zweiten Teil der Sitzung, die mit dem Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ zusammengelegt wurde, informierte Ministerialrat Zimmer über die Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes.

Die fünfte Fassung brachte keine wesentlichen „Vermerk“-Streichungen (nur fünf gegenüber 56 bei der dritten Fortschreibung) und keine echte Bettenreduzierung. Betrachtet man nur die nach dem KHG voll geförderten 377 Häuser, so hat deren Bettenzahl sogar um 0,4 Prozent leicht zugenommen.

Der „Anhang“ bringt eine, besonders für Belegärzte, wichtige Übersicht über die sogenannten „Vertrauensschutzfälle“. Es ist nunmehr sichergestellt, daß die Ärzte mit Vertrauensschutz weiterhin belegärztlich tätig sein können, auch wenn die einschlägige Fachrichtung nicht im KBPI ausgewiesen und damit gefördert ist.

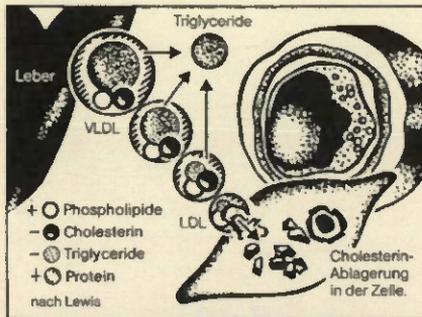
Schwierigkeiten in der Krankenhausplanung ergeben sich vor allem aus der Tatsache, daß medizinische Leistungen und damit auch Krankenhausleistungen bis heute noch nicht exakt definiert werden können. Deshalb sind echte Leistungsvergleiche von Krankenhäusern und damit auch eine objektive Einstufung von Krankenhäusern nicht möglich. Dies ist der Grund dafür, daß die derzeitige Einstufung der Krankenhäuser in verschiedene Versorgungsstufen mit der

Auch die neuesten Forschungsergebnisse über Plasma-Lipoproteine bestätigen die grundlegenden Zusammenhänge zwischen Nahrungsfett und Cholesterinspiegel.

Reduzierung der cholesterin Was kann eine fettmodifizier

Die neuen Akzente in der Fettdiskussion.

Über Fettstoffwechselstörungen als Risikofaktor bei der koronaren Herzkrankung gibt es heute neue Gesichtspunkte.



Transport der Lipide zu den Zellen

Das Interesse hat sich verstärkt den Transportmechanismen der Serumlipide zugewandt. Der Serumcholesterinspiegel als Risiko-Indikator muß jetzt – hinsichtlich seiner Fraktionen – differenzierter gesehen werden.

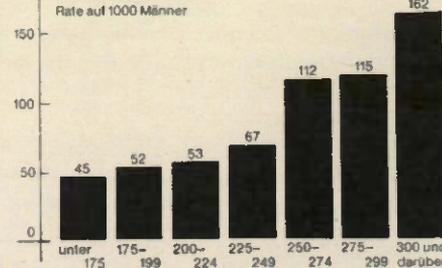
Die mehr ins Blickfeld gerückten Lipoproteine mit hoher Dichte (High Density Lipoproteins, HDL) sind eine Art Gegenspieler der Lipopro-

teine niedriger Dichte (Low Density Lipoproteins, LDL). Die HDL können Cholesterin aus den Zellen wieder herausschleusen. Im Gegensatz zu den LDL haben die HDL vermutlich positive Eigenschaften.

Was sind die Fakten?

- Die Arteriosklerose mit ihren Folgekrankheiten ist unverändert die häufigste Todesursache in Deutschland.
- Ein zu hoher Cholesterinspiegel – insbesondere in Verbindung mit zu hohen LDL-Werten – ist nach wie vor ein Risikofaktor.

Serum-Cholesterinkonzentrationen (mg %) und Herzinfarkt



- Als Ursachen eines überhöhten Cholesterinspiegels sind erkannt:

zu viele Kalorien, zu viel Fett, zu viel gesättigte Fettsäuren, zu viel Nahrungscholesterin.

Fettverbrauch 1978
ca. 140g pro Kopf pro Tag

gesättigte Fettsäuren	50%
einfach ungesättigte Fettsäuren	38%
mehrfach ungesättigte Fettsäuren	12%

- Die Wahl der Nahrungsfette kann dazu beitragen, den Cholesterinspiegel zu senken und damit auch das atherogewirkende LDL-Cholesterin.

Fettsäuren in %

	ge-sättigte	einfach ungesättigte	mehrfach ungesättigte
Safforöl	10	15	75
Sonnenblumenöl	8	27	65
Sojaöl	14	24	62
Maiskelmöl	14	29	57
Baumwollsaatöl	25	25	50
Erdnußöl	19	50	31
Olivenöl	19	73	8
Kokosfett	92	6	2
Schweineschmalz	43	49	8
Rindertalg	54	43	3
Milchfett	60	37	3

- Neu in der Diskussion ist, daß eine höhere HDL-Konzentration

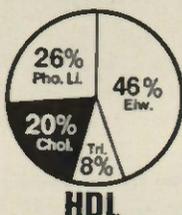
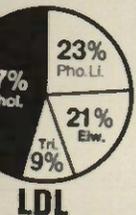
ischen LDL. Ernährung dazu beitragen?

eine protektive Wirkung ausüben kann. Danach sind Patienten mit hoher HDL-Fraktion trotz erhöhten Cholesterinspiegels weniger gefährdet. Allerdings zeigen Untersuchungen, daß unter den Patienten mit hohen Cholesterin-Werten nur wenige sind, die auch hohe HDL-Werte aufweisen.

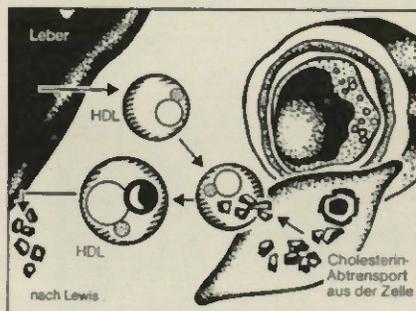
Eine fettmodifizierte Kost (wie unter „Was ist zu tun“ beschrieben) ist nach wie vor die entscheidende diätetische Maßnahme, um einen erhöhten Blutfettspiegel zu senken.

Gibt es stichhaltige Einwände?

Senkt eine Kost, die besonders reich an mehrfach ungesättigten Fettsäuren ist, neben LDL auch den Schutzfaktor HDL?



- Neue, umfangreiche Langzeituntersuchungen zeigen, daß die HDL-Werte konstant bleiben oder sogar leicht steigen.
- Ist das Thema „HDL/LDL“ nicht viel zu neu, um hier schon Entscheidendes sagen zu können? In manchen Veröffentlichungen steht doch auch Widersprüchliches.



Abtransport des Cholesterins aus den Zellen

- Auch ohne über die Rolle des Schutzfaktors HDL schon letzte Sicherheit zu haben – unbestritten ist, daß eine hohe LDL-Konzentration mit einem erhöhten Arteriosklerose-Risiko verbunden ist. Hier gilt es, mit einer fettmodifizierten Kost anzusetzen.

Was ist zu tun?

Folgende Empfehlungen sind nach wie vor gültig:

Das tägliche Nahrungsfettsollte zu je einem Drittel aus gesättigten, einfach ungesättigten und mehrfach ungesättigten Fettsäuren bestehen – wobei die Gesamtfettmenge ca. 35% der Energiezufuhr ausmachen kann. Das sind etwa 95 g sichtbares und unsichtbares Fett. Besonders hohe Werte an mehrfach ungesättigten Fettsäuren haben Pflanzenöle wie z. B. Sonnenblumen- und Sojaöl und Diätmargarine.

Wenn Sie sich näher informieren wollen:

Fordern Sie bitte ein Literatur-Verzeichnis der neueren Veröffentlichungen zu diesem Thema an.



Eine Veröffentlichung des
Margarine-Instituts für gesunde Ernährung.

Ballindamm 37
2000 Hamburg 1

Krankenhauswirklichkeit nicht kongruent ist.

Erst ab 1980 sind alle Krankenhäuser zu einer einheitlichen Leistungserfassung verpflichtet. Bis dann einmal Datenmaterial für Vergleichszwecke zur Verfügung steht und sich daraus Kriterien für die einzelnen Versorgungsstufen ergeben, die eine Einstufung möglich machen, werden noch Jahre vergehen.

Ein weiteres Problem entsteht für die Planungsbehörde dadurch, daß ursprünglich für die Planung neuer Krankenhäuser eine Zentralisierung und Konzentration auf medizinisch

und wirtschaftlich leistungsfähige Einheiten ausschlaggebend war. Bestehende kleinere Häuser sollten nach Inbetriebnahme der „Ersatzbauten“ aus der staatlichen KHG-Förderung fallen. Heute werden diese Planungsentscheide unter dem Gesichtspunkt der „Bürgernähe“ verurteilt. In der Regierungserklärung vom 14. Januar 1978 wird von Krankenhäusern gesprochen, die „eine überschaubare Größe haben und in zumutbarer Entfernung liegen sollen“. Gegenwärtig ist deshalb nicht damit zu rechnen, daß kleinere Krankenhäuser in dem ursprünglich erwarteten bzw. geplanten Umfang stillgelegt werden.

Kling und Krist gewählt, ebenso zum Vorsitzenden Dr. Graßl.

Die Anträge auf Beihilfe werden von der Landesärztekammer bestens vorbereitet. Die Antragsteller müssen Formulare ausfüllen mit Auskünften über Einnahmen, Grundbesitz usw. Für die Vorbereitung müssen wir vor allem dem Hauptgeschäftsführer Herrn Dr. Sluka danken, dem die Hilfe für die Kollegen und ihre Witwen und Waisen eine Herzensangelegenheit geworden ist und seinen Mitarbeiterinnen Frau Kentsch und Frau Schiwy. Der Ausschuß entscheidet immer unter genauer Prüfung der Verhältnisse, aber mit Herz für eine Notlage. Es muß festgestellt werden, daß die der Hilfe bedürftigen Kollegen und Kolleginnen sehr anständig in ihren Forderungen sind und sehr dankbar. Kaum ein Fall kommt vor, wo man das Gefühl hat, man wolle hier etwas herausholen.

Hilfe in der Arztfamilie

Dr. Dr. E. Graßl, München, Hilfseusschuß

Wohl kein anderer Beruf kennt so die gegenseitige Hilfe der verdienenden Kollegen für die Kollegen in Not und ihre Witwen und Waisen – wie der Arzt. Aus dem Hilfsfonds, in den jeder niedergelassene Kollege, die Chefärzte und leitenden Ärzte jährlich DM 50 einzahlen, wird die laufende Hilfsaktion bestritten, die der Hilfsausschuß der Bayerischen Landesärztekammer überwacht und regelt. Herzlichen Dank all unseren Kollegen in Stadt und Land, die diesen einzigartigen Beweis des Zusammenhaltens in der Arztfamilie ermöglichen.

Immerhin erbrachten im Jahre 1978 die Beiträge DM 566654 und die Weihnachtsspenden DM 11743.

Mit der Neuwahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer wurde in der konstituierenden Vollversammlung am 13. Januar 1979 auch ein neuer Hilfsausschuß gewählt. Herzlichen Dank an dieser Stelle den Mitgliedern des letzten Hilfsausschusses, vor allem Herrn Kollegen Dr. Dörfler aus Weißenburg, der vom Jahre 1954 einschließlich 1978 Mitglied und Vorsitzender des Hilfsausschusses der Kammer war. Dem großen Hilfsausschuß,



Dr. Dr. E. Graßl *)

der meist nur einmal im Jahr vor Weihnachten zusammentritt, gehören die Kollegen Dr. Graßl Erich (München), Dr. Heuberger Thomas (Schwabach), Dr. Kling Maximilian (Augsburg), Dr. Krist Adolf (Taufkirchen), Dr. Michel Kurt (Landshut), Dr. Sebald Klemens (Bamberg), Dr. Vierheilig Hugo (Würzburg) und Dr. Wartner Hubert (Regensburg) an. Um dringende Angelegenheiten schnell lösen zu können, wurde auf schriftlichem Wege der kleine Hilfsausschuß mit den Kollegen Graßl,

Im Jahre 1978 erhielten im Durchschnitt 13 Ärzte und 113 Arztlwitwen und -waisen eine Beihilfe. Im Jahre 1978 sind zwei Ärzte und sechs Arztlwitwen verstorben, im ersten Halbjahr 1979 sind zwei Ärzte und eine Arztlwitwe verstorben, dafür drei Ärzte und zwei Arztlwitwen dazugekommen. Unter den Unterstützten im ersten Halbjahr 1979 sind 14 Ärzte und 110 Arztlwitwen und -waisen. Davon sind 53 Personen zwischen 70 und 79 Jahren, 42 Ärzte oder Angehörige zwischen 80 und 90 Jahren und fünf über 90.

Als Richtsatz für die Gesamteinnahmen von Ärzten und deren Hinterbliebenen, bis zu dem Mittel aus dem Hilfsfonds für das Jahr 1979 gewährt wurden, wurde für alleinstehende Ärzte und Ärztinnen ein Betrag zwischen DM 1000 und DM 1200 und für Arztlwitwen ein Betrag von DM 850 und DM 900 festgelegt. Nur aus besonderen Gründen kann nach Ansicht des Hilfsausschusses eine Überschreitung gerechtfertigt erscheinen. Zu Weihnachten 1978 wurde den Empfängern einer monatlichen Beihilfe eine gesonderte Weihnachtsspendung von DM 150 bewilligt, Ärzte und deren Angehörige, die nur kurzfristige Beihilfen erhalten hatten, wurden mit einer Weihnachtsbeihilfe von DM 100 bedacht. Wenn unsere jährliche Spendenaktion, zu der in der November-Nummer des „Bayeri-

(Fortsetzung Seite 1139)

*) Fotos (17): Max Happach, Bad Tölz

Testfragen zur Selbstüberprüfung des Wissensstandes

1. Welche Maßnahme hat bei der Gallenkolik am wenigsten Aussicht auf Erfolg?
- a) Baralgin i. v.
 - b) Nitrolingual oral
 - c) Quaddelung em Dermatome
 - d) heißes Unterarmbad
2. Ein Kind, das beim Ausziehen und während der Untersuchung sehr ruhig ist,
- a) ist ein „overprotected child“
 - b) gibt keinerlei Anlaß zur Besorgnis
 - c) zeigt eine gute Erziehung
 - d) sollte besonders aufmerksam untersucht werden
3. Kontraindikationen für die Gabe von Dolantin i. v. zur Schmerzstillung sind:
- a) schwerer Verbrennungsschock
 - b) Oligurie
 - c) Thoraxtrauma
 - d) unklarer Abdominalbefund
4. Bei einem im Schock befindlichen Patienten (Tachycardie, Hypotonie, expiratorische Dyspnoe, kalter Schweiß, Bewußtseins- trübung) beobachten Sie eine Urticaria. Für welche Form des Schocks spricht dies?
- a) Haemorrhagischer Schock
 - b) cardiogener Schock
 - c) anaphylaktischer Schock
 - d) elektrischer Schock
5. Ein nach Alkoholexzesse hingestürzter Patient fühlt sich am folgenden Tag relativ wohl. Dennoch tritt an diesem Tag eine zunehmende Bewußtseins- trübung auf. Dies weckt den Verdacht auf:
- a) Alkoholüberhang
 - b) Epidurales Heematome
 - c) Ernüchterungsschock
 - d) epileptischer Anfall
6. Welche Maßnahme ist beim akuten Magen-Darm- Infekt des Säuglings als erste Therapie angezeigt?
- a) Teepause
 - b) Sulfonamid
 - c) Bolus alba
 - d) Carbo medicinalis
7. Welche Maßnahme ist bei der Magenblutung falsch?
- a) Eiswasser
 - b) Milch
 - c) Vasopressin
 - d) Endoskopie
8. Zur Leichenschau sind nur berechtigt:
- a) der zuletzt Behandelnde
 - b) der Amtsarzt
 - c) der Leichenbeschauer
 - d) jeder Arzt
9. Als sicherer Nachweis des eingetretenen Todes gelten:
- e) lichtstarre Pupillen
 - b) Totenstarre
 - c) keine peripher tastbaren Pulse
 - d) Erkennung von „Todesrosen“
10. Ein unter Marcumar stehender Patient erleidet eine rektale Blutung. Welche Sofortmaßnahme darf nicht unterbleiben?
- a) Thrombinzeitbestimmung
 - b) rektale Untersuchung
 - c) i. v. Gabe von Fibrinogen
 - d) i. v. Gabe von Faktor VIII-Konzentrat
11. Ein Mann erleidet bei einem Verkehrsunfall ein Thoraxtrauma. Sie finden den Patienten mit folgender Symptomatik: Gestaute Halsvenen, hyper- sonor Klopfschall und fehlendes Atemgeräusch auf der verletzten Seite, Orthopnoe, Zyanose mit Schnappatmung. Welche Diagnose stellen Sie? Wie sieht die Notfalltherapie aus? Geben Sie die richtige Buchstabenkombination an:
- a) Haemothorax
 - b) Pneemothorax
 - c) Seropneumothorax
 - d) Spannungs- pneumothorax
 - A) O₂-Sonde
 - B) Einstechen einer Ventilkanüle
 - C) Externe Herz- massage
 - D) Mund-zu-Mund Beatmung
12. Zur orientierenden Schockdiagnose am Unfallort gehört alles außer:
- a) Messung des ZVD
 - b) Messung der Pulsfrequenz
 - c) Beobachtung der Hautdurchblutung
 - d) Messung des systolischen und diastolischen Blutdruckes
13. Kontraindiziert im traumatischen Schock ist die Gabe von:
- a) Corticosteroiden
 - b) Dextran
 - c) Dolantin spezial
 - d) Vasokonstriktoren
14. Ein Patient mit den Symptomen des „akuten Abdomens“ klagt über heftige Schmerzen, verbun- den mit gesteigerter, motorischer Unruhe bei fol- genden Erkrankungen mit einer wahrscheinlichen Ausnahme:
- a) Nierenkolik
 - b) Gastritis
 - c) Perforation
 - d) Gallenkolik
15. Die akute Cholecystitis ist charakterisiert durch
- a) Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter
 - b) Klopfeschmerz des rechten Rippenbogens
 - c) Ikterus
 - d) Gallenkolik

Testfragen zur Selbstüberprüfung des Wissensstandes

- Welche Maßnahme hat bei der Gallenkolik am wenigsten Aussicht auf Erfolg?
 a) Baralgin i. v.
 b) Nitrolingual oral
 c) Quaddelung am Dermatom
 d) heißes Unterarmbad
- Ein Kind, das beim Ausziehen und während der Untersuchung sehr ruhig ist,
 a) ist ein „overprotected child“
 b) gibt keinerlei Anlaß zur Besorgnis
 c) zeigt eine gute Erziehung
 d) sollte besonders aufmerksam untersucht werden
- Kontraindikationen für die Gabe von Dolantin i. v. zur Schmerzstillung sind:
 a) schwerer Verbrennungsschock
 b) Oligurie
 c) Thoraxtrauma
 d) unklarer Abdominalbefund
- Bei einem im Schock befindlichen Patienten (Tachycardie, Hypotonie, exspiratorische Dyspnoe, kalter Schweiß, Bewußtseinstörung) beobachten Sie eine Urticaria. Für welche Form des Schocks spricht dies?
 a) Haemorrhagischer Schock
 b) cardiogener Schock
 c) anaphylaktischer Schock
 d) elektrischer Schock
- Ein nach Alkoholexzesse hingestürzter Patient fühlt sich am folgenden Tag relativ wohl. Dennoch tritt an diesem Tag eine zunehmende Bewußtseinstörung auf. Dies weckt den Verdacht auf:
 a) Alkoholüberhang
 b) Epidurales Haematom
 c) Ernüchterungsschock
 d) epileptischer Anfall
- Welche Maßnahme ist beim akuten Magen-Darm-Infekt des Säuglings als erste Therapie angezeigt?
 a) Teepause
 b) Sulfonamid
 c) Bolus alba
 d) Carbo medicinalis
- Welche Maßnahme ist bei der Magenblutung falsch?
 a) Eiswasser
 b) Milch
 c) Vasopressin
 d) Endoskopie
- Zur Leichenschau sind nur berechtigt:
 a) der zuletzt Behandelnde
 b) der Amtsarzt
 c) der Leichenbeschauer
 d) jeder Arzt
- Als sicherer Nachweis des eingetretenen Todes gelten:
 a) lichtstarre Pupillen
 b) Totenstarre
 c) keine peripher tastbaren Pulse
 d) Erkennung von „Todesrosen“
- Ein unter Marcumar stehender Patient erleidet eine rektale Blutung. Welche Sofortmaßnahme darf nicht unterbleiben?
 a) Thrombinzeitbestimmung
 b) rektale Untersuchung
 c) i. v. Gabe von Fibrinogen
 d) i. v. Gabe von Faktor VIII-Konzentrat
- Ein Mann erleidet bei einem Verkehrsunfall ein Thoraxtrauma. Sie finden den Patienten mit folgender Symptomatik: Gestaute Halsvenen, hyper sonorer Klopfeschall und fehlendes Atemgeräusch auf der verletzten Seite, Orthopnoe, Zyanose mit Schnappatmung. Welche Diagnose stellen Sie? Wie sieht die Notfalltherapie aus? Geben Sie die richtige Buchstabenkombination an:
 e) Haemothorax
 b) Pneemothorax
 c) Seropneemothorax
 d) Spannungs-pneemothorax
 A) O₂-Sonde
 B) Einstechen einer Ventilkanüle
 C) Externe Herz-massage
 D) Mund-zu-Mund Beatmung
- Zur orientierenden Schockdiagnose am Unfallort gehört alles außer:
 a) Messung des ZVD
 b) Messung der Pulsfrequenz
 c) Beobachtung der Hautdurchblutung
 d) Messung des systolischen und diastolischen Blutdruckes
- Kontraindiziert im traumatischen Schock ist die Gabe von:
 a) Corticosteroiden
 b) Dextran
 c) Dolantin spezial
 d) Vasokonstriktoren
- Ein Patient mit den Symptomen des „akuten Abdomens“ klagt über heftige Schmerzen, verbunden mit gesteigerter, motorischer Unruhe bei folgenden Erkrankungen mit einer wahrscheinlichen Ausnahme:
 a) Nierenkolik
 b) Gastritis
 c) Perforation
 d) Gallenkolik
- Die akute Cholecystitis ist charakterisiert durch
 a) Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter
 b) Klopfeschmerz des rechten Rippenbogens
 c) Ikterus
 d) Gallenkolik

16. Bei einem Pneumothorax findet man typischerweise:
- a) Hypersonorer Klopfeschall, amphorisches Atemgeräusch und klingende, feinblasige Rasselgeräusche
 - b) Klopfeschalldämpfung, fehlendes Atemgeräusch und Pleurareiben
 - c) hypersonorer Klopfeschall, abgeschwächtes Atemgeräusch auf der betroffenen Stelle
 - d) tympanitischer Klopfeschall, Bronchialatmen und verstärkte Bronchophonie
17. Im ärztlichen Notdienst kann der Verdacht auf einen Myocardinfarkt ausgeschlossen werden, wenn
- e) Nitrolingual die Schmerzen schnell beseitigt
 - b) im EKG kein pathologischer Befund nachweisbar ist
 - c) der Patient früher schon gleiche Schmerzen hatte
 - d) die Schmerzen unabhängig vom Essen auftreten
18. Sind beim Krupp-Syndrom Corticosteroide und Valium intramuskulär zu applizieren?
- e) weil gleichzeitig Schluckstörungen bestehen können
 - b) weil Aspirationspneumonien häufige Komplikationen sind
 - c) weil schnellster Wirkungseintritt gewährleistet ist
 - d) die Behauptung ist falsch
19. Erfordert jeder Notfall beim älteren Menschen eine prophylaktische Digitalisierung?
- e) ja, wenn nicht vorher ausreichend digitalisiert
 - b) nein
 - c) nicht ohne vorherige Kaliumbestimmung im Serum
 - d) nur unter strenger Berücksichtigung möglicher Nierenfunktionsstörungen
20. Der Schockindex (welche Antwort ist falsch?)
- a) zeigt die Notwendigkeit sofortiger therapeutischer Maßnahmen
 - b) ist die Summe schockauslösender Ereignisse
 - c) ist der Quotient aus Puls und systolischem Blutdruck
 - d) erfordert die Sicherung des venösen Zuganges
21. Wie lagern Sie einen bewußtlosen Schockpatienten?
- a) Kopf-Tief-Lage
 - b) Stabile Seitenlage
 - c) Hochlagerung der Beine
 - d) Bauchlage
22. Ein 12jähriger Junge hat ein 10-Pfennig-Stück verschluckt. Folgende Maßnahme ist zweckmäßig:
- a) Klinikeinweisung
 - b) Endoskopische Entfernung
 - c) tägliche röntgenologische Lagekontrolle
 - d) Verordnung von Spasmolytika und Sauerkraut
23. Die richtige Maßnahme zur Erstversorgung einer spritzenden, arteriellen Blutung nach Weichteilverletzung am Unterschenkel besteht in:
- a) Anlegen einer Staubinde proximal der Verletzung
 - b) Anlegen einer Blutdruckmanschette, deren Druck über dem systolischen Blutdruck liegt
 - c) lokaler Druckverband
 - d) gezieltes Setzen einer Klemme
24. Unentbehrlicher Bestandteil der Notfallausrüstung ist:
- e) Nahtmaterial
 - b) Tracheotomiebesteck
 - c) Ventilkanüle
 - d) Magenschlauch
25. Welche therapeutischen Sofortmaßnahmen führen Sie bei einem apoplektischen Insult durch, der durch das klinische Bild der Bewußtlosigkeit, ausgedehnte neurologische Ausfälle und ekutes Auftreten gekennzeichnet ist:
- a) Behandlung mit Osmofundin 20% hypertone Lösung
 - b) Lasix i. v.
 - c) Rheomacrodex-Infusionen
 - d) Weckamine
26. Welche klinische Symptomatik besteht u. a. bei einer akuten Lungenstauung (Lungenödem):
- a) schwerste Orthopnoe
 - b) Distanzraseln
 - c) Zyanose
 - d) Schweißausbruch
27. Ein 65jähriger Patient leidet unter einer bradycarden Herzrhythmusstörung. Auskultatorisch ist das Phänomen des „Kanonenschlags (bruit de canone)“ zu hören. Dies spricht klinisch für:
- a) WPW-Syndrom
 - b) Bredyarhythmie bei Vorhofflimmern
 - c) Supraventriculäre Extrasystolie
 - d) Totaler AV-Block (Pfropfung)
28. Ein 6jähriger Junge erkrankt aus voller Gesundheit mit Leibschmerzen, Erbrechen und Kollaps. Im rechten Unterbauch tastet man eine walzenförmige Resistenz. Rektal findet sich etwas dunkelrotes Blut. Welches Krankheitsbild muß angenommen werden:
- a) Perforation des Hohlorgans
 - b) Mesenterialvenenthrombose
 - c) Divertikulitis
 - d) Invaginationssileus
29. Folgende Feststellungen bezüglich der Erstversorgung von Brandverletzungen sind bis auf eine Ausnahme zutreffend:
- a) Die Einweisung in ein Verbrennungszentrum ist unter allen Umständen anzustreben
 - b) Überweisung in das nächstliegende Krankenhaus, auch ohne Spezialabteilung
 - c) Hubschreubertransport in die nächstgelegene größere Klinik
 - d) Einweisung nur nach telefonischer Anmeldung
30. Im Verbrennungsschock dürfen Schmerzmittel nur folgendermaßen appliziert werden:
- a) i. v.
 - b) i. m.
 - c) oral
 - d) subkutan

31. Die Erstbehandlung einer Verbrennung besteht in der Anwendung von:
- e) Brandsalbe
 - b) Puder
 - c) keimfreier, trockener Abdeckung
 - d) Applikation von kaltem Wasser
32. Welche klinischen Sofortmaßnahmen können Sie bei bekannten paroxysmalen Tachykardien zum Unterbrechen des Anfalles durchführen:
- a) Carotissinusdruck
 - b) Goltz'scher Klopfversuch
 - c) Bulbusdruck
 - d) Wartenburg'scher Klopfversuch
33. Welche Maßnahmen sollte der Ihnen bekannte Patient auf Ihre Weisung zwischenzeitlich selber durchführen:
- a) Valselva'scher Preßversuch
 - b) kaltes, kohlendioxidhaltiges Getränk
 - c) kochsalzhaltigen Tee
 - d) Bienenhonig teelöffelweise
34. Welche medikamentöse Maßnahme ist bei Versagen der bisher erwähnten Sofortmaßnahmen durchzuführen (Fragen 32 und 33)?
- a) Tranquillizer
 - b) Spasmolytica i. v.
 - c) Isoptin i. v.
 - d) Valium i. m.
35. Bei einem unter Marcumar stehenden Patienten tritt eine massive Lungenblutung auf. Welche Maßnahme trägt am schnellsten zur Normalisierung des Gerinnungssystems bei:
- a) i. v.-Gabe von Konakion® (Vitamin K)
 - b) i. v.-Gabe von Clauden®
 - c) Substitutionsbehandlung mit PPSB-Plasma
 - d) i. v.-Gabe von 10 ml 20%iger Kochsalzlösung
36. Bei einem 50jährigen Patienten treten während der letzten Jahre gehäuft Nasenblutungen auf. Die üblichen in der Praxis erhobenen Laborwerte (Thrombozytenzahl, Quickwert, PTT, Thrombinzeit) sind normal. Klinisch imponiert die Blutung aus dem vorderen Nasenabschnitt kommend und es fallen Teleangiektasien an den Lippen und Fingerkuppen auf. An welche Ursache der Nasenblutung denken Sie?
- a) Vulnerabler Locus Kieselbachii
 - b) Leberzirrhose mit Haemostasestörung
 - c) M. Osler
 - d) Thrombozytopenie
37. Welche klinischen Symptome weisen auf ein Coma diabeticum hin:
- a) Strabismus
 - b) Kussmaul'sche Atmung
 - c) Acetongeruch
 - d) Exsikkose
38. Welche Maßnahme ist bei perforierender Bauchverletzung nicht angebracht?
- a) Schocktherapie
 - b) Schmerzbekämpfung
 - c) Entfernung des perforierenden Fremdkörpers und Druckverband
 - d) Schonender Transport in das nächste Krankenhaus
39. Welche therapeutische Sofortmaßnahme leiten Sie beim Coma diabeticum ein:
- a) 500 ml Laevulose 5% als Dauertropf für den Transport
 - b) bei Schocksymptomatik evtl. 48 Einheiten Insulin
 - c) Verweilkatheter
 - d) Makrodex
40. Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen sollen folgendermaßen transportiert werden:
- a) liegend mit angehobenem Oberkörper
 - b) in stabiler Seitenlage
 - c) flach auf dem Rücken liegend
 - d) liegend mit angehobenem Kopf und unterstützten Beinen
41. Die Durchführung der Wiederbelebungsmaßnahmen bei hypoxisch bedingtem Kreislaufstillstand beginnt mit:
- a) praecordialer Faustschlag
 - b) Anlegen einer Natriumbikarbonat-Infusion
 - c) externe Herzmassage
 - d) Befreiung der Atemwege
42. Welche Sofortmaßnahmen führen Sie u. a. bei Verdacht eines akuten Myocardinfarktes unbedingt durch:
- a) Sedierung
 - b) Schmerzbekämpfung
 - c) bei Rhythmusstörungen und Blutdruckabfall Atropin i. v.
 - d) Antikoagulantien i. m.
43. Ein Patient klagt über eine auffallende Rotfärbung des Urins. Welche Maßnahmen würden Sie zur Auffindung einer diagnostischen Leitlinie durchführen:
- a) Sedimentuntersuchung im Sammelurin ohne weitere klinische Untersuchung
 - b) klinische Untersuchung
 - c) 3-Gläser-Probe ohne weitere klinische Maßnahmen
 - d) Kreatinin im Labor bestimmen lassen
44. Nach welchen Hauptkriterien richtet sich die Infusionstherapie des Verbrennungsschocks (2 Antworten):
- a) arterieller Blutdruck
 - b) Gewicht des Verletzten
 - c) Alter
 - d) Oberflächeneusdehnung der Verbrennung
45. Sollte der Arzt zu einer privaten Bergtour eine minimale Notfallausrüstung mitführen?
- a) nein
 - b) ja
 - c) nur, wenn die Gruppe mehr als drei Teilnehmer hat
 - d) nur, wenn er sich als Arzt zu erkennen gibt

16. Bei einem Pneumothorax findet man typischerweise:
- a) Hypersonorer Klopfeschall, amphorisches Atemgeräusch und klingende, feinblasige Rasselgeräusche
 - b) Klopfeschalldämpfung, fehlendes Atemgeräusch und Pleurareiben
 - c) hypersonorer Klopfeschall, abgeschwächtes Atemgeräusch auf der betroffenen Stelle
 - d) tympanitischer Klopfeschall, Bronchialatmen und verstärkte Bronchophonie
17. Im ärztlichen Notdienst kann der Verdacht auf einen Myocardinfarkt ausgeschlossen werden, wenn
- a) Nitrolingual die Schmerzen schnell beseitigt
 - b) im EKG kein pathologischer Befund nachweisbar ist
 - c) der Patient früher schon gleiche Schmerzen hatte
 - d) die Schmerzen unabhängig vom Essen auftraten
18. Sind beim Krupp-Syndrom Corticosteroide und Valium intramuskulär zu applizieren?
- a) weil gleichzeitig Schluckstörungen bestehen können
 - b) weil Aspirationspneumonien häufige Komplikationen sind
 - c) Weil schnellster Wirkungseintritt gewährleistet ist
 - d) die Behauptung ist falsch
19. Erfordert jeder Notfall beim älteren Menschen eine prophylaktische Digitalisierung?
- a) ja, wenn nicht vorher ausreichend digitalisiert
 - b) nein
 - c) nicht ohne vorherige Kaliumbestimmung im Serum
 - d) nur unter strenger Berücksichtigung möglicher Nierenfunktionsstörungen
20. Der Schockindex (welche Antwort ist falsch?)
- a) zeigt die Notwendigkeit sofortiger therapeutischer Maßnahmen
 - b) ist die Summe schockauslösender Ereignisse
 - c) ist der Quotient aus Puls und systolischem Blutdruck
 - d) erfordert die Sicherung des venösen Zuganges
21. Wie lagern Sie einen bewußtlosen Schockpatienten?
- a) Kopf-Tief-Lage
 - b) Stabile Seitenlage
 - c) Hochlagerung der Beine
 - d) Bauchlage
22. Ein 12jähriger Junge hat ein 10-Pfennig-Stück verschluckt. Folgende Maßnahme ist zweckmäßig:
- a) Klinikeinweisung
 - b) Endoskopische Entfernung
 - c) tägliche röntgenologische Lagekontrolle
 - d) Verordnung von Spasmolytika und Sauerkraut
23. Die richtige Maßnahme zur Erstversorgung einer spritzenden, arteriellen Blutung nach Weichteilverletzung am Unterschenkel besteht in:
- a) Anlegen einer Staubinde proximal der Verletzung
 - b) Anlegen einer Blutdruckmanschette, deren Druck über dem systolischen Blutdruck liegt
 - c) lokaler Druckverband
 - d) gezieltes Setzen einer Klemme
24. Unentbehrlicher Bestandteil der Notfallausrüstung ist:
- a) Nahtmaterial
 - b) Tracheotomiebesteck
 - c) Ventrikanüle
 - d) Magenschlauch
25. Welche therapeutischen Sofortmaßnahmen führen Sie bei einem apoplektischen Insult durch, der durch das klinische Bild der Bewußtlosigkeit, ausgedehnte neurologische Ausfälle und akutes Auftreten gekennzeichnet ist:
- a) Behandlung mit Osmofundin 20% hypertone Lösung
 - b) Lasix i. v.
 - c) Rheomacrodex-Infusionen
 - d) Weckamine
26. Welche klinische Symptomatik besteht u. a. bei einer akuten Lungenstauung (Lungenödem):
- a) schwerste Orthopnoe
 - b) Distanzrasseln
 - c) Zyanose
 - d) Schweißausbruch
27. Ein 65jähriger Patient leidet unter einer bradycarden Herzrhythmusstörung. Auskultatorisch ist das Phänomen des „Kanonenschlags (bruit de canone)“ zu hören. Dies spricht klinisch für:
- a) WPW-Syndrom
 - b) Bradyarrhythmie bei Vorhofflimmern
 - c) Supraventriculäre Extrasystolie
 - d) Totaler AV-Block (Pfropfung)
28. Ein 6jähriger Junge erkrankt aus voller Gesundheit mit Leibschmerzen, Erbrechen und Kollaps. Im rechten Unterbauch tasten wir eine walzenförmige Resistenz. Rektal findet sich etwas dunkelrotes Blut. Welches Krankheitsbild muß angenommen werden:
- a) Perforation des Hohlgans
 - b) Mesenterialvenenthrombose
 - c) Divertikulitis
 - d) Invaginationssileus
29. Folgende Feststellungen bezüglich der Erstversorgung von Brandverletzungen sind bis auf eine Ausnahme zutreffend:
- a) Die Einweisung in ein Verbrennungszentrum ist unter allen Umständen anzustreben
 - b) Überweisung in das nächstliegende Krankenhaus, auch ohne Spezialabteilung
 - c) Hubschraubertransport in die nächstgelegene größere Klinik
 - d) Einweisung nur nach telefonischer Anmeldung
30. Im Verbrennungsschock dürfen Schmerzmittel nur folgendermaßen appliziert werden:
- a) i. v.
 - b) i. m.
 - c) oral
 - d) subkutan

31. Die Erstbehandlung einer Verbrennung besteht in der Anwendung von:
- a) Brandsalbe
 - b) Puder
 - c) keimfreier, trockener Abdeckung
 - d) Applikation von kaltem Wasser
32. Welche klinischen Sofortmaßnahmen können Sie bei bekannten paroxysmalen Tachykardien zum Unterbrechen des Anfalles durchführen:
- e) Carotissinusdruck
 - b) Goltz'scher Klopfversuch
 - c) Bulbusdruck
 - d) Wartenburg'scher Klopfversuch
33. Welche Maßnahmen sollte der Ihnen bekannte Patient auf Ihre Weisung zwischenzeitlich selber durchführen:
- a) Valsalva'scher Preßversuch
 - b) kaltes, kohlendioxidhaltiges Getränk
 - c) kochsalzhaltigen Tee
 - d) Bienenhonig teelöffelweise
34. Welche medikamentöse Maßnahme ist bei Versagen der bisher erwähnten Sofortmaßnahmen durchzuführen (Fragen 32 und 33)?
- a) Tranquillizer
 - b) Spesmolytica i. v.
 - c) Isoptin i. v.
 - d) Velium i. m.
35. Bei einem unter Marcumar stehenden Patienten tritt eine massive Lungenblutung auf. Welche Maßnahme trägt am schnellsten zur Normalisierung des Gerinnungssystems bei:
- a) i. v.-Gabe von Konakion® (Vitamin K)
 - b) i. v.-Gabe von Clauden®
 - c) Substitutionsbehandlung mit PPSB-Plasma
 - d) i. v.-Gabe von 10 ml 20%iger Kochsalzlösung
36. Bei einem 50jährigen Patienten treten während der letzten Jahre gehäuft Nasenblutungen auf. Die üblichen in der Praxis erhobenen Laborwerte (Thrombozytenzahl, Quickwert, PTT, Thrombinzeit) sind normal. Klinisch imponiert die Blutung aus dem vorderen Nasenabschnitt kommend und es fallen Teleangiektasien an den Lippen und Fingerkuppen auf. An welche Ursache der Nasenblutung denken Sie?
- e) Vulnerabler Locus Kieselbachii
 - b) Leberzirrhose mit Haemostasestörung
 - c) M. Osler
 - d) Thrombozytopenie
37. Welche klinischen Symptome weisen auf ein Coma diabeticum hin:
- a) Strabismus
 - b) Kußmaul'sche Atmung
 - c) Acetongeruch
 - d) Exsikkose
38. Welche Maßnahme ist bei perforierender Bauchverletzung nicht angebracht?
- a) Schocktherapie
 - b) Schmerzbekämpfung
 - c) Entfernung des perforierenden Fremdkörpers und Druckverband
 - d) Schonender Transport in das nächste Krankenhaus
39. Welche therapeutische Sofortmaßnahme leiten Sie beim Coma diabeticum ein:
- a) 500 ml Laevulose 5% als Dauertropf für den Transport
 - b) bei Schocksymptomatik evtl. 4B Einheiten Insulin
 - c) Verweilkatheter
 - d) Makrodex
40. Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen sollen folgendermaßen transportiert werden:
- a) liegend mit angehobenem Oberkörper
 - b) in stabiler Seitenlage
 - c) flach auf dem Rücken liegend
 - d) liegend mit angehobenem Kopf und unterstützten Beinen
41. Die Durchführung der Wiederbelebungsmaßnahmen bei hypoxisch bedingtem Kreislaufstillstand beginnt mit:
- a) praecordialer Faustschlag
 - b) Anlegen einer Natriumbikarbonat-Infusion
 - c) externe Herzmassage
 - d) Befreiung der Atemwege
42. Welche Sofortmaßnahmen führen Sie u. a. bei Verdacht eines akuten Myocardinfarktes unbedingt durch:
- a) Sedierung
 - b) Schmerzbekämpfung
 - c) bei Rhythmusstörungen und Blutdruckabfall Atropin i. v.
 - d) Antikoagulantien i. m.
43. Ein Patient klagt über eine auffallende Rotfärbung des Urins. Welche Maßnahmen würden Sie zur Auffindung einer diagnostischen Leitlinie durchführen:
- a) Sedimentuntersuchung im Sammelurin ohne weitere klinische Untersuchung
 - b) klinische Untersuchung
 - c) 3-Gläser-Probe ohne weitere klinische Maßnahmen
 - d) Kreatinin im Labor bestimmen lassen
44. Nach welchen Hauptkriterien richtet sich die Infusionstherapie des Verbrennungsschocks (2 Antworten):
- a) arterieller Blutdruck
 - b) Gewicht des Verletzten
 - c) Alter
 - d) Oberflächenausdehnung der Verbrennung
45. Sollte der Arzt zu einer privaten Bergtour eine minimale Notfallausrüstung mitführen?
- a) nein
 - b) ja
 - c) nur, wenn die Gruppe mehr als drei Teilnehmer hat
 - d) nur, wenn er sich als Arzt zu erkennen gibt

schen Ärzteblattes" aufgerufen wurde, einen guten Erfolg hat, können wir den Arzttwitwen und -waisen ihr Weihnachtsgeschenk anheben und damit viel Freude machen. Liebe Kolleginnen und Kollegen in Stadt und Land! Legen Sie den Weihnachtsaufruf für den Hilfsfonds nicht beiseite, sondern schicken Sie uns einen kleinen oder großen Betrag für unsere Kollegen und Kolleginnen aus der Arztfamilie, die auf der Schattenseite des Lebens stehen und durch besondere Sicksalsschläge auf unsere Hilfe angewiesen sind. Herzlichen Dank!

Neben den in einer gesonderten Zusammenstellung im Anschluß an diesen Bericht abgedruckten Entschlüssen faßte die Delegiertenversammlung folgende Beschlüsse:

Wehl der bayerischen Delegierten zum Deutschen Ärztetag

Die Bayerische Landesärztekammer wird beauftragt, einheitliche Bestimmungen für die Wehl der Delegierten für den Deutschen Ärztetag zu erlassen.

Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

Bei der Wehl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer möge des d'Hondtsche Verfahren wieder verlassen und zur reinen Persönlichkeitswahl zurückgekehrt werden.

Begründung

Es hat sich gezeigt, daß beim d'Hondtschen Verfahren Ungerechtigkeiten auftreten können, besonders denn, wenn bei mehreren zu wählenden Delegierten auf einer Liste nur ein oder zwei Kandidaten benannt werden. Es kann dann sein, daß ein Kandidat der kleineren Liste mehr Stimmen erhalten hat, als Kandidaten auf der ersten Liste und damit trotzdem nicht gewählt ist.

Kosten und Auslagen berufsgewerkschaftlicher Verfahren

Zur Deckung der den Ärztlichen Kreisverbänden bei der Durchführung berufsgewerkschaftlicher Verfahren entstehenden Kosten und Auslagen wird hierfür bei der Bayerischen Landesärztekammer ein Fonds gebildet. Dieser wird aus dem Haushalt der Bayerischen Landesärztekammer beschickt.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

2.1 Rechnungsabschluß 1978

Geschäftsjahres 1978, der vom Ärztetag einstimmig angenommen wurde.

2.2 Entlastung des Vorstandes

Der Ärztetag erteilte anschließend dem Vorstand der Kammer einstimmig Entlastung für das Jahr 1978. Anschließend trug der Vorsitzende des Finanzausschusses den Haushaltsvoranschlag 1980 vor, der mit einer Gegenstimme vom Ärztetag angenommen wurde.

2.3 Haushaltsvoranschlag 1980

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Vierheilig, Würzburg, erläuterte den Delegierten detailliert den übersandten Rechnungsabschluß des

Punkt 3 der Tagesordnung:

Bestätigung der vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer benannten Mitglieder der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung, des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“, des Ausschusses für Hochschulfragen und des Krankenhausausschusses

Der 32. Bayerische Ärztetag beschloß die nachstehend genannten Ausschüsse in der dort angegebenen Besetzung:

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. Blömer Carl Albrecht, Kelheim
Dr. Brückl Bernhard, Würzburg
Dr. Friedrich Hans Joachim, Coburg
Dr. Hellmann Klaus, Augsburg
Dr. Kehrer Arno, Regensburg
Professor Dr. Kern Ernst, Würzburg
Professor Dr. Kleinfelder Helmut, Nürnberg
Dr. Mayer Ernst Theodor, München
Privatdozent Dr. Pillau Helmut, München
Dr. Platiel Anton, Wolfratshausen
Dr. Rothlauf Rudolf, Erlangen
Dr. Schmidl Franz, Regensburg
Med. Dir. Dr. Schneiderhan Hermann, Bolsterlang
Dr. Thäle Eberhard, Weißenhorn

Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Dr. Blank Ingo, Ass. Arzt, Traunstein
Dr. Böwing Bernhard, Ass. Arzt, Erlangen
Dr. Eilert Peter, Ass. Arzt, München
Dr. Endsberger Gerhard, Oberarzt, Bamberg
Dr. Holzer Peter, Ass. Arzt, München
Dr. Koller Winfried, Ass. Arzt, München
Dr. Langenbach Josef, Chefarzt, Krumbach
Med. Dir. Dr. Mühleisen Hermann, beamteter Arzt, Amberg
Dr. Rusche Horst, Betriebsarzt, Bad Neustadt/S.
Dr. Schönekas Herbert, Oberarzt, Nürnberg
Dr. Ulrich Mira, Ass. Ärztin, München
Ltd. Med. Dir. a. D. Dr. Vierheilig Hugo, beamteter Arzt, Würzburg
Privatdozent Dr. Wündisch Gerhard, Oberarzt, München

Volltreffer gegen Entzündungs

Dolo-Prolixan®, Siegfried GmbH, Fabrik für chemisch-pharmazeutische Produkte, 7880 Bad Säckingen



Zusammensetzung: 1 gelbe Filmtablette (für den Tag) enthält 300 mg Azapropazon-Dihydrat (Prolixan® 300) und 60 mg Dextropropoxyphen, 1 blaue Filmtablette (für die Nacht) enthält 200 mg Azapropazon-Dihydrat und 200 mg Phenprobamat (Gamaquil®). **Indikationen:** Zur symptomatischen Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, besonders in extraartikulären Bereichen mit Muskelverspannungen, z. B. HWS-Syndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Periarthritis humeroscapularis, Lumbalgie und Ischialgie sowie bei Gonarthrosen, Coxarthrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen; entzündliche Schwellungen nach chirurgischen Eingriffen in folgenden Bereichen: Kiefer, HNO, Orthopädie und Gynäkologie. **Kontraindikationen:** Akute Ulcera ventriculi et duodeni, Myasthenie. Während der Schwangerschaft sollte DOLO-PROLIXAN® nur unter strenger Indikationsstellung verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich können in geringem Maße Nausea, leichte Magenschmerzen, Magendruck zur Beobachtung kommen. Ein Absetzen des Präparats ist aber in den meisten Fällen nicht erforderlich.

Dosierung: Morgens und mittags je eine gelbe, abends zwei blaue Filmtabletten **nach dem Essen** einnehmen. DOLO-PROLIXAN® ist zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen auf den genannten Indikationsgebieten bestimmt. Für die Dauertherapie wird empfohlen, auf PROLIXAN® 300 überzugehen. **Besondere Hinweise:** DOLO-PROLIXAN® kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen, z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen, beeinträchtigen. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol, barbiturathaltigen Präparaten sowie Psychopharmaka (z. B. Phenothiazine, MAO-Hemmer). Bei Patienten unter Antikoagulantien-Therapie ist eine häufigere Bestimmung des Quickwertes bei Anbehandlung mit DOLO-PROLIXAN® zu empfehlen. Bei Leukopenie sowie renalen und hepatischen (auch kardial bedingten) Insuffizienzerscheinungen sollte der Patient sorgfältig beobachtet werden. **Packungen und Preise:** 24 Filmtabletten DM 13,90 m. MwSt., 48 Filmtabletten DM 26,10 m. MwSt., 120 Filmtabletten DM 56,55 m. MwSt., Anstaltspackungen. Verschreibungspflichtig.

Ausschuß für Hochschulfragen

Professor Dr. Dr. Adam Dieter, Oberarzt, Universität München, Baierbrunn b. München

Professor Dr. Brandlmeier Paul, Allgemeinarzt, München

Dr. Endsberger Gerhard Ch., Oberarzt, Bamberg

Professor Dr. Gross Wolff, Oberarzt, Universität Würzburg, Würzburg

Professor Dr. Hecker Waldemar, Klinikdirektor, Universität München, Gräfelting

Privatdozent Dr. Henrich Hermann, Wiss. Ass., Universität Würzburg, Würzburg

Privatdozent Dr. Kunze Detlef, Wiss. Ass., Universität München, München

Professor Dr. Lissner Josef, Klinikdirektor, Universität München, München

Privatdozent Dr. Pasch Thomas, Ob. Ass., Universität Erlangen-Nürnberg, Möhrendorf

Professor Dr. Spann Wolfgang, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität München, München

Dr. Trott Christian, Allgemeinarzt, Sailauf/Ufr.

Professor Dr. Valentin Helmut, Klinikdirektor, Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Privatdozent Dr. Wündisch Gerhard, Oberarzt, München

Krankenhausausschuß

Dr. Anselm Gerhard, Ass. Arzt, Würzburg

Med. Dir. Dr. Birkner Hans, Chefarzt, Nürnberg

Dr. Brendler Fritz, Belegarzt, München

Dr. Dr. Hochreiter Franz, Belegarzt, München

Dr. Hofer Erwin, Chefarzt, Kempten

Dr. Hohenbleicher Rüdiger, Chefarzt, Vilsbiburg

Dr. Kaufmann Stefan, Oberarzt, Ingolstadt

Privatdozent Dr. Klein Ulrich, Chefarzt, München

Dr. Meyer Friedrich, Chefarzt, Neustadt/WN

Dr. Muth Walter, Belegarzt, Würzburg

Dr. Schiede Manfred, Oberarzt, Rosenheim

Dr. Schwenkert Ernst, Belegarzt, Landshut

Dr. Weidlich Bruno, Chefarzt, Memmingen

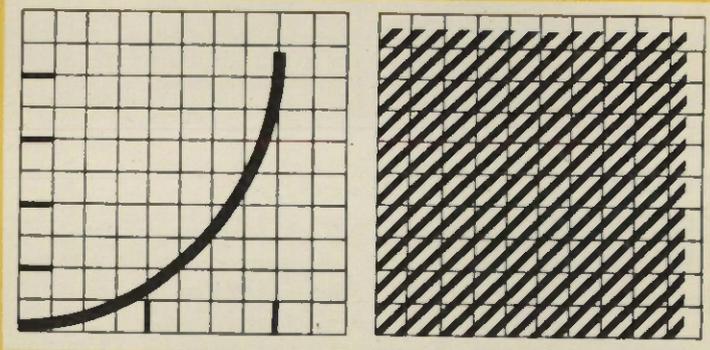
Professor Dr. Zimmer Fritz, Chefarzt, München

gen schmerz

Dolo-Prolixan® rasche, nachhaltige
Hilfe für Ihren Rheumapatienten.

Prompte Wirkung:
44% Besserung
bereits 2 Std.
nach der 1. Gabe.

44%



**Ausgeprägte
Wirkung:**
96% Besserung
bei Patienten mit
starken Schmerzen.

96%

Dolo-Prolixan®

Veil der Rheumatiker prompte Hilfe braucht.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Ausschuß für Daten- schutz und Wahrung des Arztgeheimnisses

In der Konstituierenden Sitzung der Vollversammlung am 13. Januar 1979 war auf Antrag von Privatdozent Dr. Wündisch beschlossen worden, einen „Ausschuß für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses“ zu bilden. Da bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bereits eine „Kommission Datenschutz“ besteht, bot es sich an, daß beide Körperschaften einen gemeinsamen Ausschuß bilden. Der Vorstand der Kammer schlug hierfür Dr. Rösch, Heinersreuth, und Dr. Koller, München, vor. Die beteiligten Ausschüsse „Angestellte und beamtete Ärzte“ schlugen Dr. Eilert, München, der „Ausschuß für Hochschulfragen“ Privatdozent Dr. Kunze, München, und der „Krankenhausausschuß“ Dr. Hohenbleicher, Vilsbiburg, hierfür vor.

Der Bayerische Ärztetag wählte alle vorgeschlagenen Herren in den vorgenannten Ausschuß.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Änderung der Berufs- ordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 1. 1978

hier: § 11 Abs. 1 und § 15 Abs. 1

Für die beiden Vorschriften der Berufsordnung hat der 82. Deutsche Ärztetag aufgrund der Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 28. 6. 1978 eine Änderung zur Verdeutlichung des Inhalts dieser Regelung empfohlen. Der 32. Bayerische Ärztetag hat diese Empfehlung angenommen.

Die beschlossene Änderung ist mit dem Genehmigungsvermerk des Bayerischen Staatsministeriums des Innern unter der Rubrik „Amtliches“ in diesem Heft auf Seite 1179 veröffentlicht.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Änderung der Weiter- bildungsordnung

(Beschlüsse des 81. Deutschen Ärztetages 1978 in Köln)

Die Ergänzung der Weiterbildungsordnung ist mit dem Genehmigungsvermerk des Bayerischen Staatsministeriums des Innern in diesem Heft unter der Rubrik „Amtliches“ auf Seite 1180 ff. abgedruckt.

Zu diesem Tagesordnungspunkt wurde die nachfolgende Resolution gefaßt:

Der Vorstand wird beauftragt, detaillierte Vorschläge zu den aufgeführten zwei Punkten zu erarbeiten.

1. Kollegen, die mehr als die doppelte Zeit der Weiterbildung (8 Jahre), in eigener Allgemeinpraxis tätig sind, kann auf Antrag die Gebietsbezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ zuerkannt werden

(zeitlich befristet, bis ein halbes Jahr nach Inkrafttreten).

2. Um einem möglichst großen Teil der nachrückenden Kollegen den Erwerb der Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ zu ermöglichen, sollen auch bis jetzt nicht in die Weiterbildungsordnung einbezogene Fächer begrenzt anrechenbar sein. Dies gilt auch für eine stärkere Berücksichtigung der Zeit in einer niedergelesenen Praxis.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München mit einem ehrenamtlichen Richter

Als Nachfolger für den nach Ablauf der Amtszeit ausscheidenden ehrenamtlichen Richter Dr. med. Friedrich Stoiber, München, benannte der 32. Bayerische Ärztetag Dr. med. Hilmar Leiblein, München.

Punkt 8 der Tagesordnung:

Festlegung des Termins des 33. Bayerischen Ärztetages 1980 in Rothenburg o. d. Tauber

Der Bayerische Ärztetag beschloß, in der Zeit vom 10. bis 12. Oktober 1980 zu tagen.

Punkt 9 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 34. Bayerischen Ärztetages 1981

Aufgrund der vorliegenden Einladung des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben wählte der Bayerische Ärztetag Lindau am Bodensee als Tagungsort für den 34. Bayerischen Ärztetag 1981.

Dr. Bauer, Nürnberg, dankte im Namen des Ärztetages dem Präsidenten und seinen Mitarbeitern für die gute Vorbereitung und Durchführung des Ärztetages.

Entschließungen des 32. Bayerischen Ärztetages

Schwangerschaftsabbruch § 218

Die ständige Zunahme von Schwangerschaftsunterbrechungen aus sogenannter „sozialer Indikation“ betrifft die Ärzteschaft mit großer Sorge. So wurden im Jahre 1978 bereits 50 000 Abbrüche allein aus „sozialer Indikation“ statistisch erfaßt.

Jede Schwangerschaftsunterbrechung ist eine Tötung menschlichen Lebens.

Der Gesetzgeber hat in § 218 StGB festgelegt, daß außer der medizinischen, genetischen und kriminologischen Indikation der Schwangerschaftsabbruch zulässig ist, „um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann und nicht auf eine andere, für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Deher ist eine Schwangerschaftsunterbrechung zum Zweck der Familienplanung nach wie vor strafbar, und eine Notlage ist durch materielle und psychische Hilfen in unserem Land fast immer in zumutbarer Weise abzuwenden.

Zwar hat der Kassenpatient nach § 200 f. RVO auch bei einer anerkannten „sozialen Indikation“ ein Anrecht auf Kassenleistungen, jedoch kann der Kassenarzt im Rahmen der RVO-Praxis nach § 4 Abs. 6 des Bundesmantelvertrages eine Schwangerschaftsunterbrechung ablehnen. Er sollte von diesem Recht Gebrauch machen, wenn die vom Arzt angegebene Indikation ärztlich und ethisch nach seiner Auffassung nicht vertretbar ist. Verbindlich für jeden Arzt ist die Berufsordnung, die in § 1 Abs. 2 besagt: „Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten...“. Und in der Präambel der Berufsordnung gelobt jeder Arzt: „Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit abwenden.“

Soziale Indikation beim Schwangerschaftsabbruch § 218

Mit Abscheu nimmt der Bayerische Ärztetag die hohen Abtreibungsziffern aus sozialer Indikation zur Kenntnis. Es ist

eine Anklage an unser soziales System, wenn in einem der reichsten Länder der Erde werdende Mütter aus einem sozialen Notstand heraus gezwungen sind, ihr Kind töten zu lassen. Diese Tatsache zeigt wie keine andere die Kinder- und Mütterfeindlichkeit in der Gesetzgebung der Bundesrepublik auf.

Der Bayerische Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Bayerische Staatsregierung auf, mit allem Nachdruck der Familienpolitik höchste Priorität einzuräumen.

Notarzdienst (Blaulichtarzt)

Die Tätigkeit als Notarzt auf dem sogenannten Rettungswagen ist eine Aufgabe im Rahmen des kassenärztlichen Stellungsauftrages. Eine Rund-um-die-Uhr-Besetzung verlangt in den meisten Fällen die Zusammenarbeit mit den Krankenhausärzten.

Die Teilnahme eines Krankenhausarztes sollte nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Eine Tätigkeit aufgrund einer Dienstverpflichtung wird abgelehnt.

Die Befähigung für den Notarzdienst ist nur dann gegeben, wenn die qualitativen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Abteilungsleiter sind für die Auswahl der geeigneten ärztlichen Mitarbeiter verantwortlich, nachdem sie sich von der ärztlichen Eignung für die Mitarbeit am Notarzdienst vergewissert haben.

Halbtagsstellen für Ärztinnen

Die Bayerische Staatsregierung, Krenkenhausträger und alle Institutionen, die Ärzte im Angestellten- oder Beamtenverhältnis beschäftigen, werden aufgefordert, bei Stellenbesetzungen Ärztinnen gleichberechtigt mit ihren männlichen Kollegen als Bewerber zu berücksichtigen und vermehrt Halbtagsstellen für Ärztinnen mit Kleinkindern zu schaffen; die Kostenträger, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen und die Tarifpartner werden gebeten, dies zu unterstützen.

Begründung

1. Die Sorge um die Entwicklung ihrer Kinder hält viele junge Ärztinnen von voller Berufstätigkeit ab. Die besonderen

Arbeitsbedingungen der Ärzte, die weit über das in unserer Gesellschaft übliche Maß hinaus in Wochenend- und Nachtdiensten Arbeitsleistungen zu erbringen haben, lassen es im Regelfall nicht zu, die natürlichen Verpflichtungen der Mutter gegenüber ihren Kindern mit den zeitlichen Anforderungen des ärztlichen Berufes in Einklang zu bringen.

2. Entgegen weit verbreiteter Vorbehalte gibt es zahlreiche Bereiche ärztlichen Tuns, die sich für eine Teilzeitbeschäftigung (Halbtagsstellen) anbieten und in denen Ärztinnen ihre Kenntnisse für die Allgemeinheit sinnvoll nutzen können. Beispielhaft seien angeführt: Der öffentliche Gesundheitsdienst generell, insbesondere schulärztliche Aufgaben, Mütterberatungsdienst, betriebsärztliche Tätigkeit u. ä., eine gutachterliche Tätigkeit im Versicherungs- und Versorgungswesen; ferner Tätigkeiten im diagnostischen, aber auch im allgemeinen stationären Bereich der ärztlichen Versorgung.

3. Der 79. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf (1976) beschloß einstimmig, auch Tätigkeiten in Teilzeitbeschäftigung für die Weiterbildung anzuerkennen. Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sehen dies in § 3 (Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung) Abs. 5 ausdrücklich vor. Die deutsche Ärzteschaft hat damit eine familienpolitische Entscheidung getroffen, welche die öffentlichen Arbeitgeber leider bis heute noch nicht nachvollzogen haben.

4. Zwischen dem Bund, den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden wurde schon im Herbst 1974 Einvernehmen über Empfehlungen zur Teilzeitarbeit im öffentlichen Dienst erzielt, u. e. darüber, vermehrt Halbtagsstellen bereitzustellen. Der 32. Bayerische Ärztetag muß mit Bedauern feststellen, daß fünf Jahre danach aus diesem Beschluß, jedenfalls für den ärztlichen Bereich, keinerlei Konsequenzen gezogen worden sind.

Bayerische perinatalogische Erhebung

Die wegweisenden Ergebnisse der Münchener Perinatalstudie haben die Bayerische Landesärztekammer und die Kasernenärztliche Vereinigung Bayerns veranlaßt, eine permanente perinatalogische Datenerhebung in ganz Bayern anzubieten. Schon jetzt haben sich fast 80 Prozent der bayerischen Geburtshelfer freiwillig zur Teilnahme an dieser Maßnahme der gesundheitlichen Betreuung entschlossen.

Der Bayerische Ärztetag appelliert an die noch nicht beteiligten Geburtshelfer, zu

prüfen, ob nach Beseitigung struktureller und personeller Engpässe in verschiedenen Kliniken eine Beteiligung nicht doch möglich ist.

Auch für andere Fachgruppen könnten die in der bayerischen perinatalogischen Erhebung praktizierten Gedankengänge unter Umständen erwägenswert sein.

Der Bayerische Ärztetag dankt allen, die an der Münchener Perinatalstudie mitgewirkt haben, für ihren vorbildlichen Einsatz.

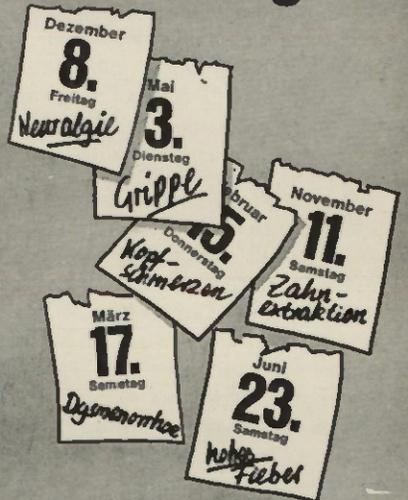
Situation der Kinderkrankenhäuser

Die starre Handhabung veralteter Anhaltszahlen für den ärztlichen und pflegerischen Personalsektor trägt den veränderten Aufgabenstellungen der Kinderkrankenhäuser nicht Rechnung. Der Anteil intensivbehandlungsbedürftiger Neugeborener und schwerkranker anderer Kinder hat erheblich zugenommen. Bei annähernd gleichbleibenden Patientenzahlen konnte die durchschnittliche Verweildauer in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten stärker als in anderen Fachgebieten verkürzt werden. Trotz der aus diesem Grund schlechteren Ausnutzung der Bettenkapazität hat die genannte Entwicklung zu einer erhöhten Arbeitsbelastung des ärztlichen und Pflege-Personals geführt. Im Interesse einer weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit wie der Aufrechterhaltung einer optimalen Betreuung aller stationär behandlungsbedürftigen Kinder appelliert der Bayerische Ärztetag an die Bayerische Staatsregierung und die Kostenträger, den Krankenhausträgern entsprechend der grundsätzlichen Entschliebung der Gesundheitsministerkonferenz von 1978 die Möglichkeit zu geben, bei der personellen Besetzung von Kinderkrankenhäusern einen dem realistischen Bedarf entsprechenden Maßstab anzulegen.

Teilnahme an den gesetzlich eingeführten kostenlosen Vorsorge- und Früh-erkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen und Kindern bis zum vierten Lebensjahr

Der 32. Bayerische Ärztetag appelliert an das Verantwortungsbewußtsein aller Eltern, ihren Kindern durch eine lückenlose Teilnahme an den acht vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen alle Möglichkeiten moderner Medizin in Früherkennung und gezielter Frühbehandlung körperlicher und geistiger Behinderungen zu geben.

Schmerzliche Erfahrungen:



Jedesmal hilft Praecimed oder **NU** Praecimed analgetisch · antipyretisch antineuralgisch

Zusammensetzung: Praecimed 1 Tablette enthält: Codein phosphoric, 9,6 mg, Acid. acetylosalicylic, 250 mg, Phenacetin 250 mg. 1 Suppositorium für Erwachsene enthält: Codein phosphoric, 19,2 mg, Acid. acetylosalicylic, 400 mg, Phenacetin 400 mg. 1 Suppositorium für Kinder enthält: Codein phosphoric, 4,8 mg, Acid. acetylosalicylic, 100 mg, Phenacetin 100 mg. 1 Suppositorium für Säuglinge enthält: Codein phosphoric, 2,4 mg, Acid. acetylosalicylic, 50 mg, Phenacetin 50 mg. Praecimed N 1 Tablette enthält: Codein phosphoric, 9,6 mg, Acid. acetylosalicylic, 250 mg, Paracetamol 250 mg. 1 Suppositorium für Erwachsene enthält: Codein phosphoric, 19,2 mg, Acid. acetylosalicylic, 400 mg, Paracetamol 400 mg. 1 Suppositorium für Kinder enthält: Codein phosphoric, 4,8 mg, Acid. acetylosalicylic, 100 mg, Paracetamol 100 mg. 1 Suppositorium für Säuglinge enthält: Codein phosphoric, 2,4 mg, Acid. acetylosalicylic, 50 mg, Paracetamol 50 mg. **Anwendungsgebiete:** Kopf- und Zahnschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen, rheumatische Beschwerden, Fieber und Schmerzen bei Grippe und Erkältungskrankheiten, **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Siehe Packungsbeilage Praecimed bzw. Praecimed N! **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat (nur bei Praecimed), genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie) (nur bei Praecimed), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämatopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweise:** Anwendung in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden! **Nebenwirkungen:** Praecimed Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverabreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen, Praecimed N Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmanfälle, Obstipation, Überdosierung; Lebernekrosen.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Cumarin-Derivate, Corticoide: erhöhte gastrointestinale Blutungsgefahr; Methotrexat: Methotrexat-Toxizität erhöht; Probenecid, Sulfinpyrazon: urikosurische Wirkung vermindert; Sulfonylharnstoffe: hypoglykämische Wirkung verstärkt; Spironolacton: Spironolacton-Wirkung vermindert. **Warnhinweise:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Handelsformen und Preise:** Praecimed bzw. Praecimed N Packung mit 20 Tabletten DM 4,25; Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,36; Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,85; Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,54; Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,40.

MOLIMIN Arzneimittel GmBH, 8605 Hellstadt/OfR

Die Beteiligungsquote an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder stieg von 48 Prozent im Jahre 1972 auf über 70 Prozent bei den ersten vier Untersuchungen, sinkt bei den nächsten beiden Untersuchungen auf 66 Prozent ab und beträgt bedauerlicherweise bei den letzten beiden Untersuchungen nur noch 50 Prozent. Der Erfolg des gesamten Vorsorgeprogramms hängt jedoch ganz entscheidend von einer lückenlosen und regelmäßigen Inanspruchnahme ab.

Die acht Untersuchungen, die im Untersuchungsheft für Kinder aufgezeichnet sind, können alle wesentlichen Krankheiten und Leiden dieser Zeitperiode erfassen, ermöglichen eine frühzeitige Behandlung, womit einem Großteil dieser Kinder später das Schicksal des „Behinderten“ erspart bleibt. Alle Beteiligten haben die Pflicht, die Bürger unseres Landes in geeigneter Weise über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen in der Kindervorsorge aufzuklären, damit diese für die Gesundheit unseres Volkes so wichtigen präventiven Leistungen in größerem Umfang als bisher in Anspruch genommen werden.

Helfen Sie uns Ärzten, Ihren Kindern zu helfen!

Verbesserung der Zusammenarbeit der Ärzte mit den ambulanten Pflegekräften der Nachbarschaftshilfen und Sozialstationen

Die wachsende Zahl der pflegebedürftigen Menschen durch die Überalterung der Bevölkerung, die Zunahme der Behinderten auch durch Verkehrsunfälle, die Zunahme der psychisch Kranken macht mehr Betreuung und Pflege durch ambulante soziale Dienste notwendig. Zudem wollen 95 Prozent der alten Menschen – so hat eine Befragung ergeben – ihren Lebensabend nicht in einem Pflegeheim, das sie meist gar nicht finanzieren können, verbringen. Ambulante Versorgung bringt auch einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen durch Verkürzung der Krankenhausverweildauer und der geringeren Inanspruchnahme der Altenpflegeheime.

Die niedergelassenen und Krankenhausärzte müssen um die Existenz der ambulanten Hilfen in Ihrer Wohngegend, der Nachbarschaftshilfen mit ehrenamtlichen Helfern, der Sozialstationen, der ambulanten Pflegestationen, der „Essen auf Räder“ – Dienste usw. wissen und mit ihnen eng zusammenarbeiten. Sie müssen aber auch bereit sein, die Führung von Nachbarschaftshilfen und Sozialstationen zu übernehmen oder in Ihren Bei-

räten mitzuarbeiten. Eine Verstärkung der Zusammenarbeit der Ärzte mit den Schwestern und Helfern und der sachkundige Rat der Ärzte ist für die Verbesserung und Ausgestaltung der ambulanten Pflegedienste unentbehrlich.

„Hilfskräfte“ an Universitätskliniken

Bereits der 31. Bayerische Ärztetag hat die Bayerische Staatsregierung gebeten, dafür Sorge zu tragen, daß an Instituten und klinischen Einrichtungen der bayerischen Landesuniversitäten Ärzte im Status einer „Wissenschaftlichen Hilfskraft“ nur in Ausnahmefällen beschäftigt werden können.

Mit Befriedigung hat die bayerische Ärzteschaft die Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 22. August 1979 zur Kenntnis genommen, wonach die Beschäftigung wissenschaftlicher Hilfskräfte „im Bereich der Krankenversorgung weniger in Frage“ komme, weil dies den Intentionen des Gesetzgebers bei der Schaffung dieser „beschäftigten Gruppe“ nicht entspreche.

Die vom Herrn Staatsminister für Unterricht und Kultus vertretene Auffassung wird allerdings durch die Einstellungspraxis der Universitätsverwaltungen nicht bestätigt.

Der Bayerische Ärztetag sieht mit Sorge, daß die Einstellung neuer ärztlicher Mitarbeiter an den Universitätskliniken überwiegend – wenn nicht sogar nahezu ausnahmslos – im Status der „Hilfskraft“ erfolgt. Die mit diesem Status verbundene soziale und wirtschaftliche Abwertung ist nach Auffassung der bayerischen Ärzte sechlich nicht zu rechtfertigen.

Mit gleichen Aufgaben betraute Dienstkräfte des Freistaates Bayern und seiner Universitäten sollten auch in einem formal- und wirtschaftlich jeweils gleichartigen und gleichwertigen Status beschäftigt werden.

Der Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Staatsregierung, dafür Sorge zu tragen, daß die tatsächliche Einstellungs- und Vertragspraxis der Staatsbehörden der seinerzeit bei der parlamentarischen Beratung des Hochschullehrergesetzes gegebenen Zusage entspricht, nach der

die Einstellung eines vollbeschäftigten Mitarbeiters mit abgeschlossener Hochschuleausbildung als „wissenschaftliche Hilfskraft“ ein echter Ausnahmefall sein soll.

Vertragsbefristung und ärztliche Versorgung an den Universitätskliniken

Der 32. Bayerische Ärztetag nimmt mit Sorge davon Kenntnis, daß das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus die bisherige Praxis der langfristigen Aufrechterhaltung widerrufbarer Beamtenverhältnisse abzuschaffen beabsichtigt.

An den theoretischen Instituten und den Kliniken der bayerischen Landesuniversitäten sind in erheblichem Umfang „Widerrufsbeamte“ beschäftigt, die über das nach einem Hochschullehrerrecht vorgeordnete Regellaß von sechs Jahren hinaus beschäftigt wurden und werden. Bei diesen langfristig in Lehre, Krankenversorgung und Forschung tätigen ärztlichen Widerrufsbeamten handelt es sich zu einem nicht geringen Teil um bereits habilitierte Hochschullehrer. Eine sicher ebenso große Gruppe von Betroffenen steht vor dem Erwerb der Lehrbefähigung, hat aber wegen der Mitwirkung im Bereich der Krankenversorgung, auf die nicht verzichtet werden kann, die Habilitation nicht mit der in anderen Fakultäten üblichen Beschleunigung betreiben können.

Der Bayerische Ärztetag bittet Staatsregierung und Staatsministerium für Unterricht und Kultus, die bisherige Verlängerungs- bzw. Widerrufspraxis für die wissenschaftlichen Mitarbeiter an den medizinischen Fakultäten beizubehalten und auch künftig bei der Entscheidung über die Frage, ob das Beamtenverhältnis nach Ablauf von sechs Jahren widerrufen werden soll „nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung von persönlichen, dienstlichen und allgemein hochschulpolitischen Interessen“ zu entscheiden und nicht ausschließlich, wie dies ersichtlich erfolgen soll, allein nach hochschulpolitischen Vorstellungen.

Dabei erscheint auch der Hinweis geboten, daß die Verlängerung nicht nur eine Sache der Einzelfallentscheidung sein kann, sondern daß den Fakultäten und

Klinische Fortbildung in Bayern

– Programm Seite 1185 –

den Leitern der klinischen Einrichtungen durch neue generelle Regelungen die Möglichkeit langfristiger personalwirtschaftlicher Planung erhalten bleiben muß.

Bagründung

Den besonders Verhältnissen an den medizinischen Fakultäten hat das Kultusministerium bisher dadurch Rechnung getragen, daß der vom Gesetzgeber ursprünglich nach Ablauf einer Zeitspanne von sechs Jahren als Regelfall vorgesehene Widerruf des Beamtenverhältnisses für die in theoretischen Instituten wie Kliniken tätigen wissenschaftlichen Mitarbeiter zum Ausnahmefall wurde!

Wann nun das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus angekündigt hat und trotz der von den medizinischen Fakultäten erhobenen Einwände darauf beharrt, daß der Widerruf solcher Beamtenverhältnisse im Regelfall nach sechs Jahren vorzunehmen ist, bedeutet dies einen massiven Eingriff in die Funktionsfähigkeit der Universitätskliniken. Ein erheblicher Teil der von solcher Weisung betroffenen Mitarbeiter nimmt hochspezialisierte Funktionen in den Kliniken wahr und ist durch einen neu einzustellenden oder auch nachrückenden Kollegen — jedenfalls für längere Zeit — nicht zu ersetzen. Häufig handelt es sich dabei um Funktionsbereiche, die ohnehin unzulänglich personell ausgestattet, also nur mit *ainem*, über die entsprechenden Fachkenntnisse verfügenden Mitarbeiter besetzt sind.

Die Fakultäten sind auch kaum in der Lage, das für die Bewältigung der über großen Studentenzahlen in der Medizin erforderliche Lehrgelände aufrechtzuerhalten, wenn diese langjährigen qualifizierten wissenschaftlichen Mitarbeiter auszuschalten gezwungen werden. Mit Basorgnis sieht der Bayerische Ärztetag, daß vor allem die ohnehin unzulängliche praktische Unterweisung des ärztlichen Nachwuchses darunter in verstärktem Maße leiden muß.

Die Überlegung, daß das bayerische Hochschulergesetz 1978 nur mehr relativ kurz befristete Beschäftigungen zuläßt, unter dem Gesichtspunkt „von Chancengleichheit und Gerechtigkeit“ deshalb der Widerruf der Dienstverhältnisse veranlaßt sei, die unter dem früheren Rechtszustand begründet worden sind, vermag die grundsätzliche Entscheidung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus angesichts der negativen Wirkungen für Lehre und Krankenversorgung nicht zu tragen. (Diese Überlegung könnte allenfalls Anlaß dazu sein, die Entscheidung des Gesetzgebers

zu überdenken, in Bayern den Status des „Akademischen Rats auf Zeit“ zu schaffen!)

Klinikum Großhadern

Der 32. Bayerische Ärztetag bittet die Staatsregierung und den Landtag, dafür Sorge zu tragen, daß das mit ungewöhnlich hohen öffentlichen Mitteln gaschaffene Universitätsklinikum München-Großhadern nun auch tatsächlich mit all seinen Einrichtungen als Schwerpunktkrankenhaus genutzt wird.

Es ist nicht verträglich, wenn die Direktion des Klinikums mit den Faststellungen

— „der personelle Ausfall im Pflegedienst erfordert die Reduzierung von Betten“,

— „die Bettenzentrale könne nur 180 Betten täglich aufbereiten“,

— „beim Krankentransportdienst sei die personelle Situation wegen der Urlaubszeit angespannt“,

— „Patientenaufnahme und Telefonzentrale seien den hohen Frequenzen nicht gewachsen“,

die Ärzte dringend auffordert, die Zahl der einzubestellenden Patienten und damit die Beladung zu reduzieren, und ein entsprechendes Ersuchen hinsichtlich der aufzunehmenden Notfälle „an das BRK“ richtet.

Die im Klinikum Großhadern tätigen Ärzte sind willens und in der Lage, die anfallende Arbeit zu leisten.

Heilpraktiker und Ärzte

Die Bayerische Landesärztekammer wird beauftragt, beim Bayerischen Staatsministerium das Innere anzufragen, ob Pressemitteilungen zutreffen, nach denen der Innenminister erklärt haben soll, „der Heilpraktiker sei eine wichtige und wertvolle Ergänzung zum Arzt, dem andlich durch sachgerechte Rahmenbedingungen der ihm zukommende Platz im ‚Heilgeschehen‘ zu schaffen sei; kainer wolle ihn abschaffen, am wenigsten an ‚Tandler‘“ („Süddeutsche Zeitung“, 12. Oktober 1979).

Homöopathie und Naturheilkunde gehören nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 und Nr. 8 zum Bereich der ärztlichen Weiterbildung und berechtigen zum Führen der entsprechenden Zusatzbezeichnung. Diese Gebiete als „wichtige und wertvolle Ergänzung zum Arzt“ dem Heilpraktiker als ärztlichem Laian zuordnen zu wollen, ist überflüssig und dient nicht der Volksgesundheit.

Der Codein-Typ

Jedes Analgetikum wirkt — aber nicht bei jedem Patienten gleich gut.



Der Codein-Typ ist aktiv, dynamisch, von leicht reizbarer Grundstimmung und neigt zum hyperkinetischen Syndrom. Erst der analgetische, schwach sedierende Codeineffekt führt bei ihm zur gewünschten Dämpfung der Schmerzrezeptoren.

Er braucht ein Analgetikum mit Codein.

Contraneural

Analgetikum und Antipyretikum mit Codein

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält Acid acetylsalicylic 250 mg, Phenacetin 250 mg, Codein phosphoric 9,6 mg. 1 Supp. für Erwachsene enthält Acid acetylsalicylic 400 mg, Phenacetin 400 mg, Codein phosphoric 19,2 mg. 1 Supp. für Kinder enthält Acid acetylsalicylic 100 mg, Phenacetin 100 mg, Codein phosphoric 4,8 mg. 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid acetylsalicylic 50 mg, Phenacetin 50 mg, Codein phosphoric 2,4 mg. **Anwendungsgebiete:** Schmerz bei verschiedener Ätiologie wie Kopf- und Zahnschmerzen, Schmerzen bei Menstruationsbeschwerden und klimakterischen Beschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen sowie rheumatische Beschwerden: zur Fiebersenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und leberhaltigen Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Ökologie gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfälle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverabreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden. **Wernhinweis:** Dieses Arzneimittel kann auch bei destimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Erwachsene bis zu 4mal täglich 1 Tablette oder bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Erwachsene. Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Kinder. Schulkinder bis etwa zum 10. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Kinder oder bis zu 3mal täglich 1/2 Tablette. Schulkinder bis etwa zum 14. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1/2 bis 1 Tablette. Säuglinge nach dem 3. Lebensmonat bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Säuglinge. Die Tabletten sind möglichst nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. Bei magenempfindlichen oder zu Brechreiz neigenden Patienten empfiehlt sich die rektale Anwendung von Suppositorien. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 4,10 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,24 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,74 m. MWST., Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,37 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,30 m. MWST., Anstattspackungen.



Or. R. Pfleger
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

Erkennung und Behandlung von Notfallsituationen in der Praxis

62. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. W. Keufmann, Köln:

Einführung zum Thema

Die Fortschritte der Intensivmedizin liegen einmal auf technologischem Sektor und zum anderen auf dem Gebiet der klinischen Pharmakologie. Es wird zu zeigen sein, daß die Aufrechterhaltung und/oder Überbrückung der Vitalfunktionen heute bei zeitgerechtem Einsatz in vielen Situationen möglich ist. Für verschiedene Notfälle in der Inneren Medizin kann auf diese Weise der deletäre Ausgang verhindert werden. Statistische Analysen haben ergeben, daß eine verbesserte Prognose bei verschiedenen Notfallsituationen durch intensiv-therapeutische Maßnahmen über allen Zweifel erhaben erreichbar ist. Die Erfolgsmeldungen beziehen sich allerdings auf eine Fülle verschiedener Methoden, so daß der Fortschritt oft nicht eindeutig erkennbar wird. Dies ist der Grund dafür, daß von Zeit zu Zeit eine Standortbestimmung erforderlich ist. Die nachfolgenden Referate haben zum Ziel, in dieser Hinsicht einen Beitrag zu leisten. Sie sollen diejenigen Methoden herausarbeiten, die für die Anwendung in der Praxis empfohlen werden können. Eine Darstellung der pathophysiologischen und klinisch-pharmakologischen Grundmechanismen ist dabei sicher erforderlich, um das Verständnis der Zusammenhänge zu erleichtern. Es soll nicht nur Fortschrittliches herausgestellt, sondern auch auf die Grenzen unserer intensiv-medizinischen Maßnahmen hingewiesen werden. Im Einzelfall ist zweifellos nicht selten die Frage zu erörtern, wann bzw. unter welchen Voraussetzungen eine Intensivtherapie sinnvoll ist und wann bzw. unter welchen Bedingungen ärztliche Maßnahmen dieser Art als sinnlos angesehen werden müssen.

Professor Dr. K. A. Flügge, Erlangen:

Erkennung und Behandlung neuro-psychiatrischer Notfallsituationen

Es wird im folgenden ein Überblick über die wichtigsten Akutsituatio-

nen gegeben, wobei akute Psychosen, delirante Zustände und Suizidalität außerhalb der Betrachtungen bleiben. Es ist zu unterscheiden zwischen Notfällen bei zerebralen, spinalen und peripheren Funktionsstörungen einschließlich der myogenen und neuromuskulären Syndrome.

Bei den *zerebralen Syndromen* sind zunächst schwere Funktionsstörungen bis hin zum Koma und zu Krampfanfällen zu berücksichtigen, die ganz unterschiedliche Ursachen aufweisen können. Ätiologisch kommen verschiedene primär zerebrale Prozesse (traumatische Schäden, entzündliche, vaskuläre und andere Hirnprozesse), aber auch primär extrazerebrale Störungen und Erkrankungen mit konsekutiver zerebraler Symptomatik (Hypo- und Hyperglykämie, Urämie, Hypoxämie bei respiratorischer oder hämodynamischer Insuffizienz, Vergiftungen) in Betracht. Der Einsatz einer speziellen, möglichst kausalen Therapie setzt natürlich die Erkennung der Grundstörung voraus. Wegweisend ist dabei die neurologische und übrige körperliche Untersuchung unter Berücksichtigung anamnestischer Daten und zusätzlicher, möglichst gezielt einzuholender Befunde. Bei zerebralen Anfällen ist allerdings vor einer eingehenden Diagnostik die Unterbrechung eines Status durch eine geeignete antikonvulsive Therapie vorrangig. Hierfür ist meist die parenterale Gabe der antikonvulsiven Benzodiazepine (Diazepam und Clonazepam) oder Diphenylhydantoin geeignet. Bei bestimmten metabolischen Störungen mit generalisierten oder fokalen Anfällen muß die Behebung der Stoffwechselentgleisung im Vordergrund stehen.

Nackensteifigkeit zeigt eine Reizung der Hirnhäute an. Differentialdiagnostisch ist die Frage nach einer Blutung oder Entzündung durch den Liquorbefund zu entscheiden. In zweiter Linie kommen Verletzungen der Halswirbelsäule und die beginnende Einklemmung bei intrakraniellen Drucksteigerungen in Betracht. Aus diesem Grunde muß vor

der Liquorentnahme in jedem Fall eine Spiegelung des Augenhintergrundes zum Ausschluß einer Stauungspapille gefordert werden. Eine spontane *Subarachnoidalblutung* verursacht in typischer Weise akute heftigste Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit und eventuell eine Funktionspsychose. Bei gleichzeitiger intrazerebraler Blutung kommt es zu Halbseitensymptomen. Ursächlich liegt meist die Ruptur eines Aneurysmas zugrunde, das durch eine zerebrale Angiographie nachgewiesen werden muß. Auch die akut auftretende *Meningitis* stellt eine absolute Notfallsituation dar. Bereits bei der Verdachtsdiagnose ist die umgehende Klinikeinweisung gerechtfertigt. Nackensteifigkeit, Fieber, eine eventuelle Funktionspsychose, Anfälle und neurologische Herdsymptome bilden die klinischen Zeichen. Die wegweisende Nackensteifigkeit kann bei stark resistenzgeminderten, alten, bewußtlosen Kranken aufgrund einer fehlenden oder stark herabgesetzten Reaktivität und Schmerzempfindung fehlen. Der Erregernachweis sollte früh und möglichst vor Beginn der antibiotischen Behandlung angestrebt werden.

Prozesse mit *Drucksteigerung* im Schädelinneren können sich schnell zu einem lebensbedrohlichen Notfall entwickeln. Die rechtzeitige Erkennung dieser Entwicklung ist allerdings nicht immer möglich, da pathognomonische klinische Symptome für das Hirnödem fehlen. Kopfschmerz, Erbrechen und Schwindel sind so vieldeutig und häufig, daß man Gefahr läuft, ihre Bedeutung im Einzelfall zu verkennen. Auch das Fehlen einer Stauungspapille schließt den raumfordernden Prozeß nicht mit Sicherheit aus. Trotzdem muß die Spiegeluntersuchung des Augenhintergrundes vorrangig bleiben. Als ambulante Maßnahme kommen bei einem Hirnödem in erster Linie Corticoid- und Furosemidgaben in Betracht.

Bei *akuten zerebralen Lähmungen*, die unter dem Bild des sogenannten Schlaganfalles meist als Halbseitenlähmung auftreten, handelt es sich in der Regel um zerebrale Gefäßprozesse. Ursächlich handelt es sich entweder um eine Ischämie durch eine poststenotische hämodynamische Insuffizienz oder durch thrombotisch oder embolisch bedingte Gefäßverschlüsse, oder es

besteht eine intrazerebrale Blutung. Die Indikation zur Intensivtherapie muß von den Aussichten einer solchen Behandlung abhängig gemacht werden. Hierbei sind Lebensalter, Allgemeinzustand, Vor- und Begleiterkrankungen des Patienten zu berücksichtigen. Durch Computertomographie läßt sich klären, ob eine Ischämie oder Blutung besteht. Durch diese Differenzierung wird die weitere konservative oder gegebenenfalls operative Therapie entscheidend beeinflusst. Eine allgemein verbindliche ambulante Soforttherapie kann nicht gegeben werden. In der Klinik steht neben der kardialen Basistherapie die Infusion niedermolekularer Dextranlösungen zur Hämodilution und gegebenenfalls eine Antiödembehandlung im Vordergrund. Transitorisch-ischämische Attacken sind in hohem Maße verdächtig auf eine stenosierende Gefäßerkrankung und können als Vorboten eines Gefäßverschlusses bzw. nachfolgenden Insultes mit bleibenden Ausfällen gelten. Liegt die stenosierende Gefäßveränderung extrakranial (Prädilektionsstelle ist die Arteria carotis interna kurz nach der Karotisgabelung), kommt eine operative Beseitigung der Stenose in Betracht. Schwieriger ist die Erkennung flüchtiger Durchblutungsstörungen im Vertebralis-Basilaris-Kreislauf.

Notfälle bei spinalen Funktionsstörungen entwickeln sich bei akuten Rückenmarkskompressionen besonders in Verbindung mit einem Bandscheibenvorfall. Alarmsignale stellen in diesem Zusammenhang Lähmungen mit oder ohne Sensibilitätsstörungen und Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion dar. Wird die operative Beseitigung der Druckschädigung zu spät in Angriff genommen, können die neurologischen Ausfälle als irreversible Dauerfolgen bestehen bleiben. Insbesondere vor einer Verkennung und Verharmlosung der beginnenden Kaudaschädigung muß dringend gewarnt werden. Es sollte nicht vorkommen, daß ein Patient tagelang katheterisiert wird, obwohl der neurologische Befund und die Vorgeschichte eine entsprechende Schädigung eindeutig zu erkennen geben. Auch die durch Schädigung einer einzelnen Wurzel bedingte gravierende und eine wichtige motorische Funktion betreffende Lähmung gilt als absolute Indikation zur Operation, wenn die Parese erst kur-

ze Zeit besteht und ein Bandscheibenprolaps myelographisch nachweisbar ist. Die Folgelasten einer höhergelegenen Rückenmarksschädigung, z. B. beim zervikalen Bandscheibenvorfall, sind noch wesentlich gravierender.

Eine akute spinale Kompression kann z. B. bei Marcumar-behandelten Patienten auch durch eine epidurale spinale Blutung und auch einmal durch spinale Tumoren verursacht werden.

Notfallsituationen bei Erkrankungen des *peripheren Nervensystems* und der *Muskulatur* entwickeln sich nicht nur bei Lähmungen der Atemmuskeln und der kaudalen Hirnnerven. Auch hochgradige Lähmungen an den unteren Extremitäten bergen die Gefahr lebensbedrohlicher Komplikationen durch Beinvenenthrombosen und Lungenembolien. Auch die Mitbeteiligung des Herzens an einer neuromuskulären Erkrankung kann den Ursprung akuter vitaler Bedrohung bilden. In diesem Zusammenhang haben schwere akute Polyneuropathien bzw. Polyneuritiden, besonders vom Tetraplegietyp, oft auch mit Beteiligung der Hirnnerven, eine besondere Bedeutung. Hierbei ist die rechtzeitige Bereitschaft zur Intubation und maschinellen Beatmung ebenso erforderlich wie die unverzüglich einzuleitende systematische Thromboembolieprophylaxe.

Das Syndrom *Bulbärparalyse* kann bei der glücklicherweise seltenen Botulismusintoxikation beobachtet werden. Vorgeschichte, Zeichen der Parasympathikuslähmung (massive Mundtrockenheit und Augenmuskel-lähmungen) können den Verdacht wecken; der Toxinnachweis im Tierversuch sichert die Diagnose. Die praktisch bedeutsamste und häufigste Störung der neuromuskulären Übertragung stellt die Myasthenie dar. Bei der Myasthenia gravis entstehen auf der Basis einer Autoimmunerkrankung und wahrscheinlich durch Antikörper bedingte Blockade von Azethylchlorinrezeptoren am postsynaptischen Abschnitt der motorischen Endplatte belastungsabhängige myogene Paresen. Diese können zu Notfallsituationen führen, wenn bulbärparalytische Symptome auftreten. Ähnliches gilt für primäre Muskelerkrankungen, besonders für die Polymyositis.

Ein notfallmäßiges therapeutisches Eingreifen erwartet der Patient zum Teil auch bei akuten Schmerzsyndromen. Praktisch am bedeutendsten dürfte in diesem Zusammenhang der akute *Migräneanfall* mit mehr oder weniger ausgeprägtem Krisencharakter sein. Eine Ampulle Dihydroergot (à 1 mg) i. m. oder langsam i. v. sowie die orale oder rektale Gabe von Ergotamin tartrat (Ergo sanol, Cafergot) und eventuell die i. v.-Injektion von Lasix und die parenterale oder orale Gebe von Neuroleptika und Valium stellen wirksame Behandlungsmöglichkeiten für den ambulant tätigen Arzt dar. Bei der Arteriitis temporalis stehen im typischen Fall ebenfalls Schläfen- und Kopfschmerzen im Vordergrund der Beschwerden. Betroffen sind alte Personen mit hoher BKS, Anämie, verhärteten und pulswelosen Schläfenarterien. Bei nicht rechtzeitiger und schneller Therapie können als Folgen schwerer Schäden eine Erblindung durch den entzündlichen Gefäßverschluß resultieren. Die rasche hochdosierte Prednisolongabe stellt die Therapie der Wahl dar und ist auch schon bei entsprechendem Krankheitsverdacht gerechtfertigt. Die Diagnose wird durch Biopsie der Schläfenarterie gesichert.

Professor Dr. H. Truckenbrodt, Garmisch-Partenkirchen:

Differentialdiagnose und Therapie pädiatrischer Notfälle

Die lebensbedrohlichen Zustände im Kindesalter sollten durch den erstbehandelnden Arzt möglichst frühzeitig erkannt und noch im sogenannten larvierten Stadium einer intensiven Therapie zugeführt werden. Liegt bereits ein akut-bedrohlicher Zustand vor, so stellen sich zwei Aufgaben: Zunächst müssen die Vitalfunktionen durch symptomatische Maßnahmen aufrechterhalten werden, dann ist die Frage nach der Ursache des Krankheitszustandes zu beantworten.

Eine besondere Rolle in der Praxis spielen die *akuten Atemnotsyndrome* der Säuglinge und Kleinkinder. Sie sind meist durch Infektionen infolge der besonderen Immunitätslage dieser Altersgruppen bedingt, ausgenommen bei der Fremdkörperaspiration. In diesem Zusammenhang sind zu nennen Pneumonien, Bronchiolitis, Pleuraempyem und Pneumothorax. Das Krupp-Syndrom

ist definiert durch den inspiratorischen Stridor und eine Tachypnoe bzw. Dyspnoe durch die Enge des Atemweges. Die Erstickungsgefahr für das Kind ist um so größer, je kürzer die Anamnese und je schneller die Progredienz des Geschehens ist. Es ist zu über 95 Prozent durch die *stenosierende Laryngotracheobronchitis* bedingt, eine Infektion durch verschiedene Viren, sekundäre bakterielle Superinfektionen, durch eine individuelle Disposition und offenbar auch beeinflusst durch den Grad der Luftverschmutzung. Seltener, aber noch gefährlicher ist die akute, oft sehr schnell verlaufende *Epiglottitis*, die immer bakteriellen Ursprungs ist (*Haemophilus influenzae*). Hier kann schon wenige Stunden nach Krankheitsbeginn eine akute Atemnot auftreten, die binnen kurzem in ein Erstickungssyndrom einmündet. Im Gegensatz zum Krupp-Syndrom fehlen die Zeichen der Laryngitis (kein bellender Husten), charakteristisch ist ein inspiratorisches und expiratorisches Rasseln (beim Krupp nur ein inspiratorischer Stridor). Dazu kommt eine kloßige, verwaschene Sprache und Schluckstörung. Während das Krupp-Syndrom bis zu zwei bis vier Jahren auftritt, befällt die *Epiglottitis acuta* meist Kinder zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr. Differentialdiagnostisch ist an einen *Diphtherie-Krupp* zu denken (charakteristische Beläge auf den Tonsillen weniger ausgeprägt als im Kehlkopfbereich).

Die Behandlung der stenosierenden Laryngotracheobronchitis kann einschließlich der Fälle mit noch nicht allzu stark ausgeprägtem Stridor ambulant mit rektalen Corticoid-, Valium- und Chloralhydratgaben erfolgen. Bei bereits bestehender Atemnot ist eine stationäre Einweisung zur ständigen Überwachung sinnvoll, obwohl nur in den schwersten Formen intubiert zu werden braucht. Bei der akuten *Epiglottitis* ist bereits in der Praxis das Wichtigste eine ausreichende antibiotische Behandlung mit Ampicillin (100 mg/kg Körpergewicht). Danach ist die möglichst rasche Klinikeinweisung (unter ständiger ärztlicher Aufsicht) anzustreben.

Bei den *infektiösen toxischen Krisen* ist das Leben der Kinder in erster Linie durch das Kreislaufversagen und den Schock (verbunden mit hohem Fieber und Bewußtseinstrü-

bungen) gefährdet. Das praktisch wichtigste Beispiel für diese Erkrankungsgruppe ist die *Meningokokkensepsis*. Die Meningokokken treten bei uns endemisch alle elf Jahre gehäuft auf. Meist wird die Infektion als Katarrh problemlos überwunden und ein Antikörperspiegel aufgebaut. Besonders gefährdet sind Kinder zwischen dem 6. und 24. Lebensmonat. Die Infektion kann in diesem Zeitraum einmal zur eitrigen Meningitis, dann zur Sepsis und schließlich zu der gefürchteten Verlaufsform des Waterhouse-Friderichsen-Syndroms führen. In diesem Falle ist das Kind nicht in der Lage, eine Infektabwehr aufzubauen. Schon sechs bis acht Stunden nach Auftreten des Fiebers kommt es zu charakteristischen Hautblutungen (in der Praxis leicht als hämorrhagische Varizellen verkannt), dann zu schweren Kreislaufstörungen mit Schocksyndrom. Die wichtigste frühzeitige Maßnahme in der Praxis ist die ausreichende Gabe von Penicillin G (bis 1 Mio E i. m.) und eine (sonst selten indizierte) Umgebungsprophylaxe durch antibiotische Abschirmung der Geschwister.

Auf die Differentialdiagnose *akuter zerebraler Störungen* soll am Beispiel des Krampfanfalles eingegangen werden. Dieser mit Bewußtlosigkeit und tonisch-klonischen Zuckungen einhergehende generalisierte Krampfanfall tritt besonders bei Säuglingen und Kleinkindern zwischen dem sechsten Lebensmonat und vier Jahren auf. In dieser Altersgruppe ist die Bereitschaft zum Krampf erhöht. Treten die Krämpfe in Verbindung mit Fieber auf, so darf man sich nicht mit der Diagnose „Fieberkrampf“ begnügen, sondern hat zum Ausschluß einer eitrigen Meningitis unbedingt eine Lumbalpunktion anzustreben. Bei den Krampfanfällen ohne Fieber ist in erster Linie an Intoxikationen und an hypoglykämische Zustände zu denken. Eine ganze Reihe von Medikamenten und potentiell toxische Substanzen können bei Kindern Krämpfe auslösen. Dazu gehören die Pyrazolone, die Salicylate, Piperazine, das Imipramin (Tofranil), bestimmte Insektizide und das Nikotin. Kommt es unmotiviert zum Auftreten von Krampfanfällen – besonders geraume Zeit nach der letzten Nahrungsaufnahme (häufig während der Nacht und gegen morgens) –, so ist besonders an eine Unterzuckerung zu denken. Akute extrapyrami-

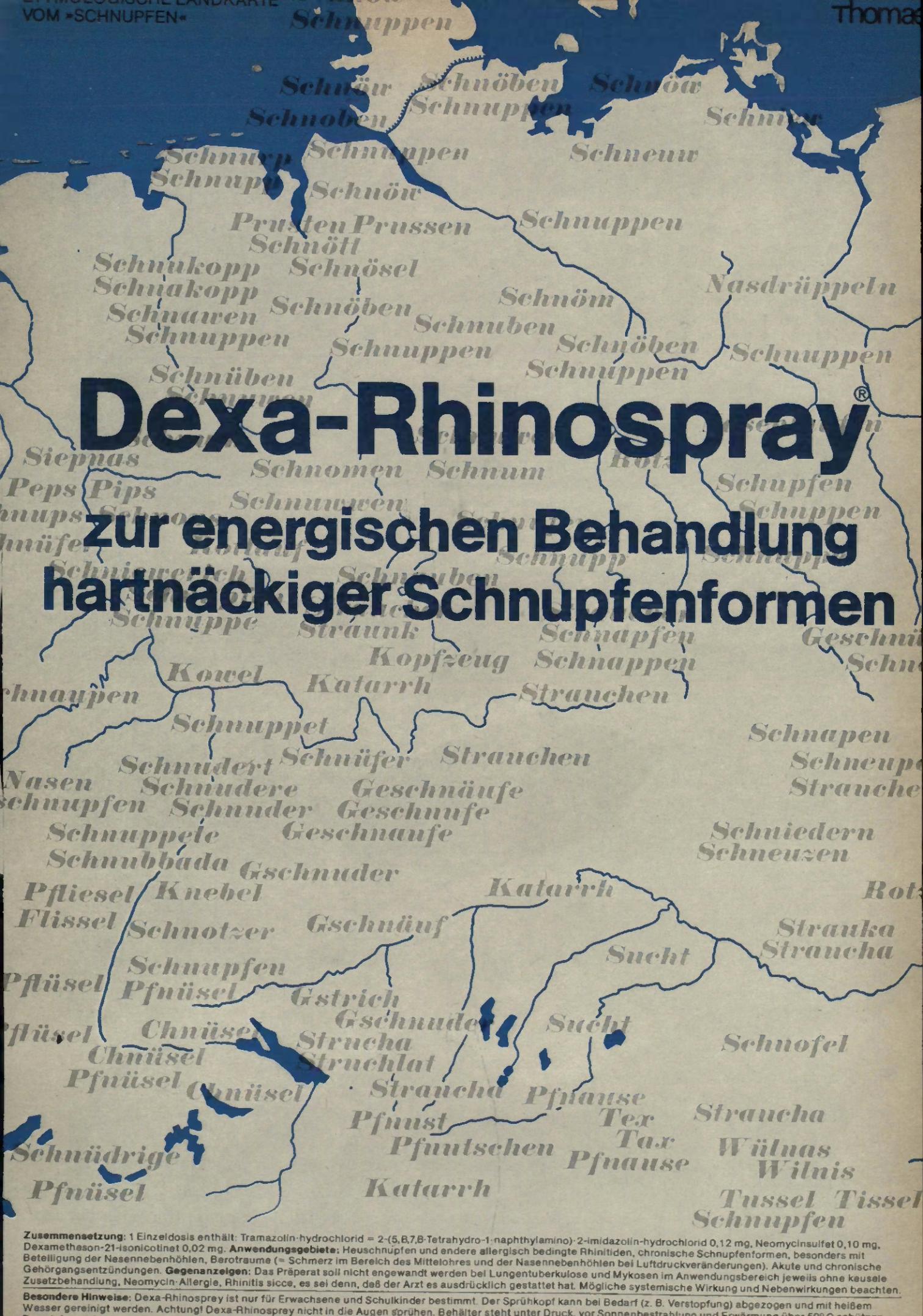
dale Störungen können medikamentös ausgelöst werden durch Psychopharmaka, wie Omca, Psyquil und Paspertin. Es kommt zu tetanusartigen Bildern mit Streckkrämpfen, die durch kleine Akineton- und Valiumdosen rasch durchbrochen werden können.

Professor Dr. W. Winkelmann, Köln: Notfalltherapie endokriner Krisen

Akute Exazerbationen von Über- bzw. Unterfunktionen der Nebennierenrinde (= NNR), Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Adenohypophyse lassen sich durch verbesserte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zunehmend besser beherrschen. Trotzdem handelt es sich nach wie vor um lebensbedrohliche Stoffwechsellagestörungen mit relativ hoher Mortalität.

Das klinische Bild der *akuten NNR-Insuffizienz* zeigt einmal die typische verstärkte Braunpigmentation der Haut an belichteten und unbelichteten Partien, an Druckstellen, älteren Narben und Hautinnenlinien sowie an den Areolae der Mamillen. Auch in der Mundschleimhaut können braune bis braunschwarze Pigmentationen nachweisbar sein. Daneben bestehen eine deutliche Hypotonie mit Kollapsneigung, Übelkeit, Diarrhöen, Elektrolytstörungen, kolikartige Abdominalbeschwerden und gelegentlich zerebrale Herdsymptome als Zeichen eines vorübergehenden Hirnödems bei stärkeren Flüssigkeitsverschiebungen. Andererseits kann es durch Hypoglykämien zu Schwindel, Unruhe und generalisierten Krampfanfällen kommen. Adynamie führt zu zunehmender Apathie und schließlich zum Koma. Die Therapie der Addison-Krise besteht in einer entsprechenden Corticoidsubstitution (Actocortin® i. v.), einer Infusionstherapie zum raschen Ausgleich der Hyponatriämie, der Exsikkose und der Hypovolämie unter Umständen mit Glukose und Hydrocortisonzusatz.

Für die Entstehung des *hypophysären Kommas* ist der Ausfall von ACTH, teilweise auch von TSH und daraus resultierend eine sekundäre Insuffizienz der NNR und Schilddrüse von entscheidender Bedeutung. Als auslösende Faktoren kommen die gleichen wie beim Morbus Addison in Betracht, so daß bei bekanntem Grundleiden zur Prävention eine



Dexa-Rhinospray

zur energischen Behandlung hartnäckiger Schnupfenformen

Zusammensetzung: 1 Einzeldosis enthält: Tramazolin-hydrochlorid = 2-(5,8,7,8-Tetrahydro-1-naphthylamino)-2-imidazoln-hydrochlorid 0,12 mg, Neomycinsulfat 0,10 mg, Dexamethason-21-isonicotinat 0,02 mg. **Anwendungsgebiete:** Heuschnupfen und andere allergisch bedingte Rhinitiden, chronische Schnupfenformen, besonders mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen, Berotrauma (= Schmerz im Bereich des Mittelohres und der Nasennebenhöhlen bei Luftdruckveränderungen). Akute und chronische Gehörgangsentzündungen. **Gegenanzeigen:** Das Präparat soll nicht angewandt werden bei Lungentuberkulose und Mykosen im Anwendungsbereich jeweils ohne kausale Zusatzbehandlung, Neomycin-Allergie, Rhinitis sicca, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat. Mögliche systemische Wirkung und Nebenwirkungen beachten.

Besondere Hinweise: Dexa-Rhinospray ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt. Der Sprühkopf kann bei Bedarf (z. B. Verstopfung) abgezogen und mit heißem Wasser gereinigt werden. Achtung! Dexa-Rhinospray nicht in die Augen sprühen. Behälter steht unter Druck, vor Sonnenbestrahlung und Erwärmung über 60°C schützen.

entsprechende Glucocorticoidsubstitution gleichermaßen erforderlich ist. Das klinische Bild wird geprägt durch eine fahl-blass, kühle, trockne, zum Teil pastöse Haut, das Kopfhair ist trocken und struppig, die Körpertemperatur kann – je nach Ausmaß der sekundären Hypothyreose – auf Werte unter 35° C sinken. Zusätzlich bestehen eine Bradykardie und Hypoventilation. Ein schläfrig-stuporöses Zustandsbild kann den Übergang zum Koma anzeigen. Die Hypothermie darf nur langsam ausgeglichen werden. Exogene Wärmeapplikation ist kontraindiziert, da es durch periphere Vasodilatation zu Schock und vermehrtem Sauerstoffverbrauch kommen kann.

Eine unzureichend behandelte *Hyperthyreose* kann (gelegentlich innerhalb von Stunden) in das lebensbedrohliche Krankheitsbild der *thyreotoxischen Krise* einmünden. Die Pathogenese dieses Überganges ist weitgehend unbekannt und durch die Überschwemmung des Organismus mit exzessiven Mengen von Schilddrüsenhormonen allgemein nicht zu erklären. Klinisch zeigen sich Übersteigerungen der Hyperthyreosezeichen in Verbindung mit abdominellen, kardialen und adynamisch-myasthenischen Reaktionsweisen. Unter den auslösenden Faktoren ist die unbedachte Jodapplikation (z. B. durch jodhaltige Röntgenkontrastmittel oder Jodid als Expektorans) von großer Bedeutung. Deshalb sollte bei Patienten mit einer klinisch manifesten Struma und anamnestisch gesicherten Schilddrüsenerkrankung vor Durchführung einer Röntgenuntersuchung mit jodhaltigen Kontrastmitteln eine Bestimmung des T₄- und T₃-Tests durchgeführt werden. Während einer Hyperthyreosetherapie sollte man auf Jodapplikation verzichten und zur kompetitiven Hemmung der Jodaufnahme gleichzeitig Perchlorat verabfolgen. Durch die Therapie der toxischen Krise sollte die Hormonsynthese und -ausschüttung blockiert, die Hormonwirkung am Erfolgsorgan gemindert, bestehende Stoffwechselentgleisungen ausgeglichen und auslösende Faktoren beseitigt werden. In Unkenntnis der pathophysiologischen Ursachen ist eine therapeutische Polypragmasie erforderlich. Die Neusynthese von Schilddrüsenhormonen wird durch Favistan, Propylcil oder Carbimazol blockiert, die Hormonsekretion durch Endojodin oder Lithium gehemmt

und bedrohliche kardiovaskuläre Komplikationen durch Sympatholytika (Reserpin und Beta-Blocker) gemildert. Corticoide werden zur Prävention einer NNR-Insuffizienz gegeben.

Das hypothyreote oder *Myxödemkoma* ist eine sehr seltene Stoffwechselentgleisung, deren Diagnose rein klinisch gestellt werden kann (schwere Hypothermie, Bradykardie, Hypoventilation mit respiratorischer Azidose, Kachexie und progredientem Stupor). Die Therapie muß unter intensivmedizinischen Bedingungen erfolgen und umfaßt die Substitution von Thyroxin oder Trijodthyronin neben zusätzlichen Maßnahmen.

Osteolytische Prozesse können bei autonomen, regulativem bzw. paraneoplastischem Hyperparathyreoidismus sowie bei Malignomen mit Knochenmetastasen zur Hyperkalzämie führen. Aus einem Hyperkalzämiesyndrom kann sich unter Umständen sehr rasch eine bedrohliche *hyperkalzämische Krise* mit Serumkalzium-Konzentrationen von mehr als 4 mmol/l entwickeln. Dabei bestehen Polyurie, Polydipsie, Inappetenz, Erbrechen, Adynamie und Myopathie zunächst gesteigert; später kommt es zur Oligurie, Desorientierung, Verwirrtheit und Koma. Therapeutisch kann bereits die Infusion großer Volumina physiologischer NaCl-Lösungen durch Diuresesteigerung und kalzuretischem Effekt des Natriums zu einer vermehrten Kalziumelimination führen. Furosemid und Phosphatpuffer unterstützen diese Maßnahmen. In kritischen Fällen ist die Hämodialyse gegen kalziumfreies Dialysat indiziert.

*Privatdozent Dr. M. Neubauer,
Frankfurt/M.:*

Pathophysiologie und Therapie des Coma diabeticum

Die häufigsten akuten Komplikationen des Diabetes mellitus sind die hypoglykämischen Reaktionen und die Entgleisungen des Glukose- und Lipidstoffwechsels in Form des ketoazidotischen, hyperosmolaren Komats. Die Differenzierung zwischen den beiden Komaformen ist nicht immer exakt möglich. Da sie sich hinsichtlich ihrer Behandlung mit Ausnahme der Azidosepufferung nicht grundsätzlich unterschei-

den, soll zwischen beiden im folgenden kein systematischer Unterschied gemacht werden. Das Koma entsteht durch absoluten oder relativen Insulinmangel. Eine grundsätzliche pathogenetische Rolle spielen die kontrainsulären Hormone Glucagon, Adrenalin und Cortisol. Der Insulinmangel führt

- zu einer Hemmung der Glukoseverwertung in der Peripherie,
- zu einer Steigerung der Glukoseproduktion über eine Verstärkung der Glukogenolyse in der Leber und der Muskulatur und
- zu einer Steigerung der Glukoneogenese, vor allem aus Eiweiß.

Weiterhin bewirkt die Verminderung des Insulin-Glucagon-Quotienten im Blut über eine gesteigerte Lipolyse ein verstärktes Angebot von Fettsäuren in der Leber. Daraus resultiert eine Kumulation der Ketosäuren Acetoacetat und 3-β-Hydroxybutyrat. Beide sind zusammen mit Acetat, Pyruvat und Lactat für die Ketoazidose (metabolische Azidose) verantwortlich. Aus der vermehrten Glukosurie entwickelt sich eine osmotische Diurese, die zu einer erheblichen Dehydratation führen kann. Diese vermag zusammen mit einem schweren intrazellulären Kaliummangel und einem Nierenversagen eine tödliche Entwicklung einzuleiten.

Die therapeutischen Maßnahmen bestehen in einer Substitution von Volumen, Insulin, Kalium, eventuell Bicarbonat und in jüngster Zeit auch von Phosphat. Dabei ist wichtig, daß der Zustand des Patienten nicht so schnell wie möglich, sondern langsam und behutsam in den Normalzustand zurückgeführt wird, um zusätzliche iatrogene Komplikationen zu vermeiden.

Der rasche und adäquate Flüssigkeitsersatz ist die wichtigste Sofortmaßnahme bei der Komabehandlung. Mit der Gabe von zunächst 1000 ml physiologischer Kochsalzlösung in der ersten Stunde kann bereits der einweisende Arzt beginnen:

Zur Wiederherstellung der metabolischen Homöostase sollte so viel Insulin appliziert werden, daß die Lipolyse, die Ketogenese und die Glukoneogenese inhibiert, die extrehepatische Utilisation von Glukose und Ketonkörpern verbessert und

ein normales transmembranöses Elektrolytgleichgewicht wiederhergestellt wird. Während früher eine hoch- bis extrahochdosierte Insulinbehandlung bevorzugt wurde (was zu schweren hypoglykämischen Anfällen, Herzrhythmusstörungen, paralytischem Ileus, Atemlähmung und Hirnödemen führen konnte), neigt man heute zur Zufuhr niedriger Insulindosen (bis zu 10 E Altinsulin/h i. v.), nachdem nachgewiesen werden konnte, daß auch bei schwer ketoazidotischen Patienten hierunter eine ausgiebige Senkung des Blutzuckers zu erreichen ist. Die Insulinapplikation sollte über einen Perfusor (aufgezogen mit Haemacel® zur Vermeidung einer Adsorption an Glas oder Kunststoffflächen) erfolgen. Auf keinen Fall sollte im Koma das Insulin subkutan zugeführt werden. Demgegenüber ist die intramuskuläre Applikation ebenso wirksam wie die intravenöse. Initial sollte zur Aussättigung mit 20 E Altinsulin i. v. begonnen werden.

Im diabetischen Koma besteht ein erhebliches Kaliumdefizit. Mit Beginn der Insulinbehandlung wandert extrazelluläres Kalium in die Zellen ein, wodurch die extrazelluläre Konzentration absinkt. Der Kaliumstrom in die Zellen wird zusätzlich gesteigert durch eine Pufferung mit Natrium-Bicarbonat. Zur Erhaltung eines normalen Serum-Kalium-Spiegels ist eine frühzeitige Kaliumzufuhr sofort mit Beginn der Insulintherapie mit einer Dosis von 10 mval/Stunde erforderlich.

In der Ketoazidose besteht – insbesondere nach Einleitung der Insulintherapie – eine Hypophosphatämie. Ein medikamentöser Aus-

gleich der Azidose durch Bicarbonat führt durch Verschiebung der O₂-Dissoziationskurve zu einer verminderten Sauerstoffversorgung der Peripherie. Deshalb ist die Substitution von Phosphat in einer Menge von etwa 7 bis 10 mmol/Stunde in der Komabehandlung sehr wichtig. Bicarbonat sollte nur bei schwerer Ketoazidose mit pH-Werten unter 7,1 bis 7,2 gegeben werden.

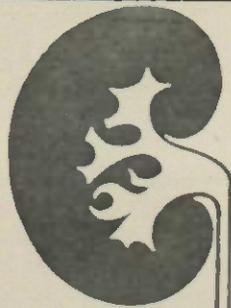
Professor Dr. S. E. Miederer, Bonn, und Privatdozent Dr. Th. Junginger, Köln-Lindenthal:

Akutes Abdomen aus Internistischer und chirurgischer Sicht

Die Begriffsbestimmung „akutes Abdomen“ ist primär eine chirurgische. Sie beinhaltet die operative Therapie bei Perforationen, nekrotisierenden Entzündungen und Obstruktionen. In den internistischen Bereich fallen etwa fünf bis zehn Prozent aller Patienten mit einer akuten abdominalen Symptomatik, d. h. jene, die nicht operiert werden sollten.

Die beim akuten Abdomen beklagten Schmerzen sind nicht immer von gleicher Stärke, sie können sich über einen längeren Behandlungszeitraum entwickeln, plötzlich auftreten oder in kurzer Zeit verstärken. Der viszerale Schmerz kommt durch verstärkte Kontraktion verschlossener Hohlorgane (Koliken) zustande und ist in Lokalisation und Ausdehnung weniger genau zu bestimmen. Der somatische Schmerz ist ein Wundschmerz, der durch direkte Beteiligung des Peritoneums zustande kommt und anfangs meist

eng umschrieben ist. Der viszerale Schmerz kann bei Komplikationen in den somatischen übergehen. Der Allgemeinzustand und das Allgemeinbefinden sind immer stark einträchtig. Objektiv faßbare Zeichen sind Kreislaufinsuffizienz und Schock. Häufige Begleitsymptome sind das Sistieren des Abgangs von Stuhl und Winden sowie das Erbrechen. Die Auskultation des Abdomens ist zwar Voraussetzung für eine gute Untersuchung, für die Diagnostik bringt sie jedoch häufig keine entscheidende Aussage. Der Dünndarmstrangulationsileus oder eine Appendizitis können bei vollkommen normaler Peristaltik ablaufen. Die ominöse Totenstille kann auch bei einem hohen Dünndarmileus vorhanden sein, was die Diagnose eines paralytischen Ileus erschwert. Außerhalb des Abdomens kommt bei der Untersuchung der Pupillenreaktion (Tabes dorsalis), des Augenhintergrundes (Arteriosklerose bei Angina mesenterialis), der Lippen- und Wangenschleimhaut (Pigmentierungen bei Addison-Krise), der Zahnfleischverfärbung (Bleiintoxikation), der Hautpigmentierung (Hämochromatose und Pankreatitis, Addison-Krise), den Sensibilitätsstörungen (Wurzelreizsyndrome, Herpes zoster), der Splenomegalie (Thalassämie) und den fehlenden Fußpulsen bei Aortenaneurysmen besondere Bedeutung zu. Ferner sind zahlreiche Erkrankungen bedeutungsvoll, die generalisiert sind und extraabdominal ihre Ursachen haben, aber mit akuten abdominalen Beschwerden einhergehen können (Herzinfarkt, Lungenembolie, Pneumothorax, Perikarditis, Rechtsherzinsuffizienz mit Leberstauung, endokrine Störungen und



NEPHROLOGIKUM zur risikolosen Langzeittherapie von NEPHROPATHIEN

Canephron®

Indikationen: Chronische Pyelonephritis; chronische Interstitielle Nephritis; chronische Glomerulonephritis; Schwangerschaftsnephropathie; Prophylaxe bei rezidivierender Konkrementbildung; Zystitis. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazarat aus: Herb. Centaur. 0,6 g, Fruct. Cynosbat. sin. Semin. 30 mg, Rad. Levistic. 18 mg, Fol. Rosmarin. 18 mg. • **Dosierung:** 3mal täglich 1/2 bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handelsformen:** Canephron OP mit 100 ml OM 8,95, OP mit 60 Dragées OM 8,95, OP mit 240 Dragées DM 28,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.

BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG



Stoffwechselerkrankungen, Nerven-
erkrankungen, Infektionen, hämoly-
tische und angiologische Krankhei-
ten).

Ist die Diagnose eines akuten Abdomens wahrscheinlich, so sollte immer eine Krenkenhauseinweisung erfolgen. Der Hausarzt hat die Aufgabe, für den Transport den Gesamtzustand des Patienten zu stabilisieren. Dazu gehört unter Umständen das Anlegen einer Infusion zur Kreislaufstabilisierung, kardial stützende Maßnahmen und, sofern möglich, das Legen einer Magensonde. Spasmolytika sollten stets ohne zusätzliche stärkere Analgetika verabfolgt werden, da sie eine falsche Entwicklung der Schmerzsymptomatik herbeiführen könnten und den Übergang in den somatischen Schmerz verschleiern. Bei Verdacht auf parelytischen Ileus muß auch mit reinen Spasmolytikagaben sorgsam umgegangen werden.

Für den in der Klinik tätigen Kollegen ist eine ausreichende Information wesentlich. Deshalb sollten die wichtigsten anamnestischen Daten, Angaben über die Schmerzentwicklung sowie über die eingenommenen und direkt vor der Krankenhauseinweisung verabfolgten Medikamente mitgegeben werden.

Professor Dr. M. Tauchert, Köln:

Therapie bedrohlicher Situationen beim frischen Myokardinfarkt

Da die ersten Symptome eines Infarktes oft keine Rückschlüsse auf eventuell zu erwartende Komplikationen erlauben, sollte jeder Patient mit dem Verdacht auf einen frischen Herzinfarkt oder bei Nachweis eines bereits bewiesenen Infarktes umgehend in die Klinik eingewiesen werden. Dort sollte die Behandlung in den ersten Tagen auf einer Intensivstation erfolgen. Der günstige Einfluß intensivmedizinischer Maßnahmen auf die Prognose des Infarktes wurden inzwischen eindeutig bewiesen. Zur Erfassung der „elektrischen“ Komplikationen (Tachykardien, Bradykardien, Extrasystolen und Asystolien) dient die fortlaufende Rhythmuskontrolle mittels Monitor und Alarmeinrichtung. Die Kontrolle des zentralvenösen Druckes, des Herzzeitvolumens und der zentralvenösen Sättigung über einen in die Arteria pulmonalis eingeschwemm-

ten Thermistor-Katheter sowie die frequente Messung des arteriellen Blutdruckes durch Manschette oder blutige Druckmessung läßt die „mechanischen“ Komplikationen des Infarktes (Kreislaufstörungen und kardiogener Schock) sichtbar werden.

Die Senkung der Sterblichkeit beim frischen Myokardinfarkt wurde vor allem durch die rechtzeitige Erkennung von Rhythmusstörungen bei intensivmedizinischer Überwachung möglich. Neben neuen antiarrhythmisch wirkenden Medikamenten kommt hierbei die akute oder dauernde Elektrotherapie zum Einsatz.

Eine *Sinusbradykardie* (Frequenz unter 50/min) kann prognostisch als relativ günstig angesehen werden und bedarf meist keiner speziellen Therapie (eventuell wiederholte Gabe von 0,5 mg Atropin i. v. und gegebenenfalls temporäre Elektrostimulation).

Eine *Sinustachykardie* (Frequenz über 100/min) als Folge eines frischen Infarktes ist prognostisch ungünstiger und oft Zeichen einer schwerwiegenden Störung der Ventrikelfunktion (Herzinsuffizienz durch großen Infarkt, kardiogener Schock). Ein Therapieversuch mit den den Sinusknoten verlangsamenden Pharmaka (Verapamil, Beta-Blocker) ist demnach wenig aussichtsreich und bei manifester Herzinsuffizienz nicht indiziert. Schmerz und Angst als Ursache einer Sinustachykardie sollten allerdings auf jeden Fall medikamentös ausgeschaltet werden (Morphium und seine Derivate, Fortral, Valium).

Ein *Sinusknotenstillstand* tritt fast ausschließlich beim Hinterwandinfarkt mit zentralem Verschuß der Arteria coronaria dextra auf. Eine Unterscheidung vom sinuaurikulären Block ist praktisch nicht möglich. Auf eine Therapie kann meist verzichtet werden, da in der Regel nur einzelne Herzaktionen ausfallen und klinische Symptome fehlen. Bei längerem Ausfallen kann Atropin i. v. gegeben werden; eine Elektrostimulation ist nur selten nötig.

Vorhofflattern oder -flimmern, das nach einem (Vorderwand-) Infarkt erstmals auftritt, ist der Hinweis auf eine Herzinsuffizienz mit erhöhtem Füllungsdruck der Ventrikel und entsprechend erhöhtem Vorhofdruck. Durch Elektrokardioversion ist die

Ursache der arteriellen Rhythmusstörungen nicht zu beheben. Bei einem Teil der Patienten tritt der Sinusrhythmus spontan wieder ein, andernfalls kann eine medikamentöse Kardioversion (schnelle Digitalisaufsättigung, Verapamil, langwirkende Chinidinpräparate) versucht werden.

Vereinzelte *ventrikuläre Extrasystolen* bedürfen zunächst keiner Behandlung. Da jedoch schon eine einzige in die vulnerable Phase der vorausgegangenen Herzaktion einfallende Extrasystole Kammerflattern und -flimmern auslösen kann, sollte im Zweifelsfall die Entscheidung eher für als gegen die antiarrhythmische Therapie fallen. Sie wird obligat bei polytopem Ursprung der ventrikulären Extrasystolen, Häufung und Neigung zu Salven sowie bei R-auf-T-Phänomen. Nach Kaliumbilanzierung ist zunächst eine Bolusinjektion von 50 mg bis 100 mg Lidocain i. v. indiziert mit anschließender Dauerinfusion von 100 bis 200 mg/Stunde.

Kammerflattern (Frequenz über 200/min) kann im Notfall gelegentlich durch einen heftigen Schlag auf die Brust gehoben werden, ebenso das Kammerflimmern. Ist diese Notmaßnahme erfolglos, so muß umgehend elektrisch defibrilliert werden. Steht ein Defibrillator bereit, hat die elektrische Defibrillation den Vorrang (Applikation von bis zu drei oder fünf Elektroschocks à 400 Watt/sec). Führt dies nicht zu koordinierten Herzaktionen, so müssen unter externer Herzmassage und Beatmung die üblichen Reanimationsmaßnahmen anlaufen (Intubation, Beatmung, intrakardiale Injektion von Alupent und Natriumbicarbonat, Bicarbonatinfusion, transvenöse oder transthorakale Applikation einer Stimulationssonde). Gelingt die Defibrillation, so muß die anschließende elektrische Instabilität durch Lidocain aufgefangen werden (Dosis s. o.).

Bei den Reizleitungsstörungen bedarf der *AV-Block ersten Grades* keiner Therapie, sofern er ein konstantes PQ-Intervall aufweist. Nimmt die Überleitungszeit zu, so ist mit einem Übergang in eine höhergradige Blockierung zu rechnen, die zur Elektrotherapie zwingen kann. Ein *AV-Block zweiten Grades* vom Wenckebach-Typ bildet sich häufig zurück und bedarf nicht der sofortigen

gen Stimulation. Beim Mobitz-Typ und beim AV-Block dritten Grades ist die temporäre Schrittmacherbehandlung dagegen angezeigt.

Ein *isolierter Schenkelblock* (Rechts- oder Linksschenkelblock) erfordert keine Therapie. Bei einem bifasikulären Block ist die Gefährdung des Patienten im Einzelfall schwer abzuschätzen. Deshalb ist eine temporäre Schrittmacherversorgung zu erwägen.

Während sich die Rhythmusstörungen, wie vorbeschrieben, oft günstig durch Pharmaka und Elektrophysiotherapie beeinflussen lassen, ist die Pumpinsuffizienz meist Folge eines ausgedehnten Myokardausfalles, der durch Therapie nicht rückgängig gemacht werden kann. Die Prognose der schweren Herzinsuffizienz nach dem Infarkt ist entsprechend schlecht.

Insgesamt scheinen die Möglichkeiten der Krankenhausbehandlung des frischen Herzinfarktes durch die moderne Intensivtherapie weitgehend ausgeschöpft. Eine weitere Senkung der Infarkt mortalität ist daher eher von einer Verkürzung der Prähospitalphase und einer besseren Betreuung vor der Krankenhauseufnahme zu erwarten.

Professor Dr. W. Kaufmann, Köln:

Pathophysiologie und Therapie des Cor pulmonale

Ein Cor pulmonale vasculare ist von einer parenchymatösen Form und von einem Krankheitsbild mit alveolärer Hypoventilation abzugrenzen. Pathophysiologisch liegt entweder eine Okklusion im Bereich der Gefäße, eine restriktive Veränderung im Bereich des Lungenparenchyms oder eine obstruktive Veränderung vor. Restriktive Veränderungen liegen vor bei der Lungenfibrose und bei den Pneumokoniosen. Der hauptsächlichste Vertreter der obstruktiven Lungenerkrankungen ist die chronische Bronchitis, das Asthma bronchiale und das Lungenemphysem. Alle Veränderungen führen schließlich zur pulmonalen Hypertonie, das entscheidende pathophysiologische Kriterium des Cor pulmonale. Eine restriktive Veränderung liegt immer dann vor, wenn die Vitalkapazität vermindert, die Sekundenkapazität (Tiffeneau-Test) jedoch normal ist. Bei der Obstruktion mit erhöh-

tem Strömungswiderstand sind Vitalkapazität und Tiffeneau-Test vermindert. Beide Größen sind mit der normalen Vitalographie zu bestimmen. Wenn aufgrund dieser Vorbefunde ein Cor pulmonale vorhanden ist, besteht immer eine alveoläre Hypoventilation, die zu zwei Stoffwechselferänderungen führt: der Hypoxie mit Erhöhung des Liquordruckes und zum anderen zu einer Gefäßkonstriktion und Hypertonie im kleinen Kreislauf. Darüber hinaus ist auch eine Hyperkapnie (Kohlensäuredruckerhöhung im Blut) und damit eine kompensierte oder schließlich dekompensierte respiratorische Azidose nachweisbar.

Aufgrund der primären Veränderungen an den Gefäßen und an der Lunge kommt es am Herzen zu einem Formwandel mit Hypertrophie des rechten Ventrikels. Im Röntgenbild wird darüber hinaus eine Betonung des Pulmonalisbogens erkennbar, und als Folge der Rechtsherzhypertrophie tritt eine Einengung des Retrosternalraumes ein. Die Rechtsbelastung des Herzens führt außerdem zu elektrokardiografischen Veränderungen mit Rechts- bis Sagittaltyp, den Zeichen der Rechtsherzhypertrophie und dem P-dextro-atriale bzw. -pulmonale. Bei einem latenten Cor pulmonale ist der Druck unter Ruhebedingungen im rechten Ventrikel und in der Arteria pulmonalis noch normal und lediglich unter Belastungsbedingungen erhöht. Beim manifesten Cor pulmonale ist bereits der Druck in der rechten Kammer und in der Arteria pulmonalis unter Ruhebedingungen leicht angehoben, er zeigt unter Belastungsbedingungen einen überschießenden Anstieg. Das dekompensierte Cor pulmonale zeigt unter Ruhebedingungen bereits stark erhöhte Druckwerte in der Kammer und Pulmonalis. Unter diesen Umständen verbieten sich bei derartigen Patienten stärkere Belastungen.

Die Behandlung des Cor pulmonale muß zunächst darauf ausgerichtet sein, die Ursachen anzugehen. So muß bei Patienten mit einer chronischen Bronchitis unabdingbar die Einstellung des Blutdruckes gefördert werden. Darüber hinaus muß eine Infektbekämpfung erfolgen, oft im Sinne der Langzeittherapie. Es muß bei der chronischen spastischen Emphysebronchitis eine Sekretolyse erfolgen, eine Broncholyse, häufig kommt man ohne Corticoide nicht

aus. Bei rezidivierenden Lungenembolien ist eine Antikoagulantienlangzeitmedikation oft neben operativen Maßnahmen nicht zu umgehen. Schließlich ist die respiratorische Insuffizienz zu behandeln mit Hilfe der maschinellen Ventilation (auch mit einem Heimrespirator). Im Vorfeld dieser Therapie ist auch Atemgymnastik sinnvoll. Aldosteron-Antagonisten haben einen günstigen Effekt bei beginnender kardialer Dekompensation, aber auch gegenüber der respiratorischen Insuffizienz. Liegt eine manifeste Herzinsuffizienz vor, so sind Glykoside und Saluretika indiziert. In diesem Stadium ist eine intensive Überwachung des Patienten erforderlich, um ein Abgleiten in die manifeste Herzdekompensation und respiratorische Insuffizienz und Azidose zu vermeiden. Dabei handelt es sich dann um Notfallsituationen, die auch unter intensivmedizinischen Bedingungen nur schwer ausgleichbar sind.

Professor Dr. K. Caesar, Bremen:

Bewußtlosigkeit bei Herz- und Kreislauferkrankungen

Bei einem krankhaften Abfall des Herzzeitvolumens kommt es zu einem Mißverhältnis zwischen Blutangebot und Blutbedarf des Gehirns und dadurch zu verschiedenen Formen der Bewußtseinsstörung bis hin zur völligen Bewußtlosigkeit. Die Abklärung derartiger Störungen bereitet häufig Schwierigkeiten, insbesondere ihre Abgrenzung gegenüber der zerebrovaskulären Insuffizienz.

In Ruhe auftretende Bewußtlosigkeit ist die Folge einer akuten hämodynamischen Veränderung. In Betracht zu ziehen sind Herzrhythmusstörungen (Adams-Stokes-Anfälle), akutes Versagen der Pumpfunktion des Herzens nach Infarkten, einer Lungenembolie oder einer schweren toxischen oder entzündlichen Myokardschädigung (selten auch Perikardtamponade).

Der körperliche Lagewechsel zum Sitzen oder zum Stehen ist die Ursache von hypotonen orthostatischen Fehlregulationen mit Bewußtseinsstörungen und Kollaps. Es kommt zur Verlagerung einer bestimmten Blutmenge in die untere Körperhälfte. Setzen die Gegenregulationen verspätet oder insuffi-

ziert ein, so wird das Herzzeitvolumen derart vermindert, daß Zeichen der zerebralen Mangel durchblutung eintreten.

Bewußtseinsstörungen bei körperlichem Lagewechsel sind besonders charakteristisch für das *hypersensitive Karotissinussyndrom*. Bei Kopfbewegungen kommt es zu mechanischer Reizung der hypersensitiven Rezeptoren mit überschießenden Effekten auf den Sinusknoten und die atrioventrikuläre Überleitung. Die Folge können Bradykardien bis zur Asystolie und ein Blutdruckabfall sein. Die Ursachen bilden degenerativ-sklerotische Gefäßwandveränderungen der Karotidgabel selbst und eine koronare Mangel durchblutung des rechten Vorhofbereiches. Bewußtseinsstörungen während körperlicher Belastung sind meist Folge einer Pumpinsuffizienz des Herzens bei zu geringer Kontraktionskraft des Herzmuskels, bei Herzklappenfehlern oder bei Herzrhythmusstörungen.

Während eine manifeste Myokardinsuffizienz oder persistierende hämodynamisch wirksame Rhythmusstörungen durch einfache körperliche Untersuchungen und im EKG erkennbar sind, bedürfen die differentialdiagnostisch sehr schwierigen passageren Bewußtseinsstörungen (bei meist älteren Patienten) zusätzlicher Untersuchungen. Blutdruck und Herzfrequenz sollten immer auch im Stehen gemessen werden, bei Verdacht auf eine orthostatische Frühregulationsstörung ist der Hocktest durchzuführen. Durch Palpation der Karotidgabeln kann im Karotissinusdruckversuch ein hypersensitives Karotissinussyndrom erkannt werden (möglichst bei gleichzeitiger EKG-Registrierung). Hinzu kommen Untersuchungen unter Belastungsbedingungen, am besten auf einem Fahrradergometer oder an den Kletterstufen.

Im Krankenhaus werden zusätzliche Untersuchungen bei fortbestehendem Verdacht auf kardiovaskulär ausgelöste Bewußtseinsstörungen hinzutreten: EKG-Telemetrie, Langzeit-EKG-Überwachung, intrakardiale Elektrostimulation, Bestimmung der Sinusknotenwiederholungszeit, Ableitung eines intrakardialen His-Bündel-EKGs.

Die häufigsten Ursachen der Bewußtlosigkeit bei Herz- und Kreislaufkrankungen sind die *hypoto-*

nen orthostatischen Kreislaufregulationsstörungen. Frühregulationsstörungen mit mangelhaftem Anspringen der Gegenregulation können sowohl mit venotonisierenden Pharmaka als auch mit Sympathikomimetika sinnvoll behandelt werden. Spätregulationsstörungen der hyperdiastolischen Form, bei denen der sympathikotone Antrieb ausreicht und sogar überschießend ist, stellen keine Indikation zur Gabe von Sympathikomimetika dar. Hier müssen primär venotonisierende, auf die Gefäßkapazität ausgerichtete Medikamente, wie Dihydro-Ergotamin und auch Roßkastanienextrakte Verwendung finden. Auch Mineralocorticoide kommen in Betracht. Bei den seltenen hypodiastolischen Kreislaufregulationsstörungen im Stehen können dagegen Sympathikomimetika eingesetzt werden.

Die zweite große Gruppe von Bewußtseinsstörungen bei Herz- und Kreislaufkrankungen wird durch *Herzrhythmusstörungen*, wie dem Adams-Stokes'schen Anfall, gebildet. Dabei unterscheidet man asystolische und bradykarde Formen von tachykarden Formen mit Vorhofflimmern und Vorhofflattern, gehäufte Extrasystolie, Kammerflattern und Kammerflimmern. Die therapeutischen Möglichkeiten wurden bereits bei den Herzinfarkt komplikationen besprochen.

Professor Dr. K. A. Meurer, Köln:

Behandlung von Notfallsituationen bei arterieller Hypertonie

Aufgrund der zunehmend besseren Behandlung der arteriellen Hypertonie sind in den letzten Jahren die Notfallsituationen durch hypertensive Krisen seltener geworden. Diese stellen eine akute Lebensbedrohung der Patienten dar und erfordern ein rasches und gezieltes Handeln.

Die stärkste Bedrohung stellen die hypertensive Enzephalopathie, die Phäochromozytomkrise, die Gestose, die intrazerebrale Blutung sowie das dissezierende Aortenaneurysma dar. Ferner kommt die maligne Hypertonie als Notfallsituation in Betracht, auch wenn hierbei zunächst keine akute Lebensgefahr zu bestehen pflegt. Alle diese Krankheitszustände erfordern eine sofortige stationäre und möglichst intensivmedizinische Behandlung. Zur wirkungsvollen So-

forttherapie stehen zahlreiche injizierbare Präparate zur Verfügung. Wegen ihres prompten Wirkungseintrittes sind Diazoxide und Natrium-Nitroprussid als Pharmaka der Wahl bei praktisch allen Notfallsituationen anzusehen. Sie verursachen keine Beeinträchtigung der Bewußtseinslage. Natrium-Nitroprussid ist auch dasjenige Präparat, das — außer Phentolamin — bei Phäochromozytomkrisen oder bei der vermehrten Katecholaminfreisetzung unter einer Therapie mit MAO-Hemmern und gleichzeitiger Tyraminzufuhr mit verschiedenen Nahrungs- und Genußmitteln wirkt. Als weiteres vasodilatierendes Pharmakon kann Dihydralazin zur Anwendung kommen, das bei Verabreichung in einer intravenösen Dauerinfusion eine gute Steuerbarkeit aufweist. Reserpin zeigt einen langsameren Wirkungseintritt sowie eine Kumulation, wenn die Applikationsintervalle unter drei Stunden liegen. Da Reserpin zu Somnolenz führt, ist es bei zerebrovaskulären Hochdruckkomplikationen ungeeignet. Die gleiche Einschränkung gilt für Clonidin, das jedoch einen raschen Wirkungseintritt zeigt und sowohl intravenös injiziert als auch infundiert werden kann.

Therapeutische Empfehlungen:

1. Hypertensive Enzephalopathie

Diese ist gekennzeichnet durch Kopfschmerzen, Erbrechen, Verwirrtheit, Benommenheit, Sehstörungen, Unruhe und Krampfstörungen. Am Augenhintergrund findet sich ein Papillenödem, Exsudate und Blutungen. Neben der Überwachung der Vitalfunktionen ist eine rasche kontrollierte Blutdrucksenkung mit Natrium-Nitroprussid durchzuführen. Eine Verminderung der Hirndurchblutung ist hierunter nicht zu befürchten. Verschlechtert sich dennoch die Situation des Patienten unter dieser Behandlung, so muß an der Diagnose gezweifelt werden. Zusätzlich kann Furosemid und bei Krampfanfällen Antikonvulsivum injiziert werden.

2. Hirninfarkt

Hier steht die Beeinflussung des begleitenden Hirnödems mit osmotisch wirksamen Substanzen im Vordergrund. Zusätzlich wird niedermolekulares Dextran infundiert, um die Fließeigenschaften des Blutes zu verbessern. Flankiert wird die Behandlung durch Besserung einer Herzinsuffizienz, Beseitigung von Herzrhyth-

musstörungen, einer antibiotischen Therapie und Thromboseprophylaxe.

3. Zerebrale Massenblutung

Die Behandlung ähnelt der des Hirninfarktes; auch hier steht die Ödembehandlung im Vordergrund. Bei bekannter Hypertonie ist eine vorsichtige Blutdrucksenkung erforderlich. Unter Umständen kann das Hämatom abgesaugt und dadurch die Kompression der umgebenden Hirnareale beseitigt werden. Mit der chirurgischen Therapie wird man nach einem Intervall von fünf bis sechs Tagen beginnen können.

4. Phäochromozytomkrise

Diese ist erfolgreich mit Natrium-Nitroprussid therapierbar; bei eindeutigen Hinweisen auf ein Phäochromozytom sollte aber der Einfachheit halber mit Regitin behandelt werden, da hierbei die engmaschigen Überwachungsmaßnahmen wegfallen. Wegen der häufigen Herzrhythmusstörungen ist zusätzlich zu dem Alpha-Rezeptorenblocker die Therapie mit einem Beta-Rezeptorenblocker angezeigt.

5. Schwangerschaftstoxikose (EPH-Gestose)

Diese entsteht meist in der ersten Schwangerschaft und wird dann im letzten Drittel manifest. Eine Hypertonie muß nicht präexistent sein, charakterisiert dann aber das Krankheitsbild mit zusätzlicher Proteinurie und peripheren Ödemen. Am Beginn der Entwicklung steht dann eine erhöhte Natriumretention mit Anstieg des Plasmavolumens. Es empfiehlt sich eine rechtzeitige Diuretikatherapie (außer, wenn lediglich eine Behinderung des venösen Rückflusses infolge Kompression der Vena cava besteht). Das Vollbild der Eklampsie wird wie eine hypertensive Krise jeglicher Genese behandelt: Diuretikagaben zur Aufrechterhaltung der Nierenfunktion, Blutdrucksenkung mit Diazoxide, Reserpin oder Dihydrazalin, Elektrolytbilanzierung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Es ist zu beachten, daß Diazoxide eine Wehenhemmung bewirken kann. Im Gegensatz zur EPH-Gestose entwickelt sich die Pfortpfortgestose auf dem Boden einer präexistenten schweren primären oder renalen Hypertonie.

6. Dissoziiertes Aortenaneurysma

Neben einer chirurgischen Therapie kann auch eine effektive Blutdruck-

senkung zu beachtlichen Therapieerfolgen führen. Hierbei werden Reserpinpräparate i. m. oder Ganglienblocker i. v. appliziert und zur Minderung der Kontraktilität und des Schlagvolumens zusätzlich ein Beta-Rezeptorenblocker oral verabreicht (wenn der Patient nicht operiert wird). Der systolische Blutdruck sollte auf einen Bereich zwischen 100 und 120 mm gesenkt werden! Wegen der Beeinflussung des Schlagvolumens und der Kontraktilität des Herzens ist die Gabe von Dihydralazin und Diazoxide bei der Therapie des Aneurysma dissecans kontraindiziert.

7. Postoperative Blutdrucksteigerungen

Besonders nach Eingriffen am offenen Herzen und an den Karotiden treten unmittelbar postoperativ mehr oder weniger ausgeprägte Blutdruckanstiege auf, die eine Insuffizienz der Gefäßnähte bewirken können. Auch in diesen Fällen ist meist eine parenterale blutdrucksenkende Therapie mit Natrium-Nitroprussid, Reserpin oder Clonidin erforderlich. Eine zu starke Blutdrucksenkung ist zur Vermeidung einer Thromboseentwicklung zu vermeiden.

8. Maligne Hypertonie

Diese stellt für den Internisten eine therapeutische Crux dar, da nicht nur erhebliche (insbesondere diastolische) Blutdruckerhöhungen, sondern gleichzeitig Veränderungen an verschiedenen Organen (Augenhintergrund mit Blutungen, Exsudaten und Papillenödem, kardiale, zerebrale, renale Funktionsstörungen) bestehen. Eine Blutdrucksenkung – möglichst unter stationären Bedingungen – hat gegenüber eingreifenden diagnostischen Maßnahmen Vorrang. Binnen 24 Stunden sollten Werte unter 160/110 erreicht werden. In der Mehrzahl der Fälle wird hierzu eine parenterale Therapie erforderlich sein, später wird auf orale Medikamente, wie Beta-Rezeptorenblocker, Alpha-Methyl-Dopa oder Clonidin übergegangen werden.

Professor Dr. A. Helber, Köln:

Diagnose und Therapie von Notfallsituationen bei Niereninsuffizienz

Bei chronisch und terminalen niereninsuffizienten Patienten konnte in den letzten 15 Jahren durch diätetische Fortschritte mit eiweißredu-

zierten Kostformen, bessere medikamentöse Behandlung von Störungen des Flüssigkeit- und Elektrolythaushaltes, insbesondere aber durch die Dialysebehandlung eine erfreuliche Steigerung der Lebenserwartung erreicht werden. Hierdurch ist aber auch die Zahl der akut auftretenden Notfallsituationen auf neue Komplikationsmöglichkeiten gestiegen. Diese kommen zustande entweder durch eingeschränkte Ausscheidungsfunktionen körpereigener oder körperfremder Substanzen (Medikamente), durch eine gestörte Blutdruckregulation (hypertensive Enzephalopathie oder hypertensive Notfälle) und durch Dialysekomplikationen, wie technische Fehler, Shunt-Infektionen und Probleme von seiten des Patienten.

Bei den *Notfallsituationen durch Ausscheidungsstörungen körpereigener Substanzen* (Wasser, Kalium, saure Valenzen und harnpflichtige stickstoffhaltige Substanzen) sind die Überwässerungssyndrome, die Hyperkaliämie, die renale metabolische Azidose und schließlich die urämische Intoxikation zu nennen. Die Überwässerung und Hyperkaliämie ist etwa in 60 Prozent der Fälle die Ursache des tödlichen Kreislaufversagens bei Dialyse-Patienten, aber auch bei noch nicht dialysierten präterminal niereninsuffizienten Patienten. Das Lungenödem und das Hirnödem prägt neben einer rapiden Gewichtszunahme das Krankheitsbild. Die Diagnose kann verschleiert werden beim Bestehen einer fluidlung, bei der die Alveolen flüssigkeitsfrei bleiben und das typische Rasselgeräusch fehlt. Klärend wirkt eine Lungenübersichtsaufnahme mit zentralen, schmetterlingsförmig um den Lungenhilus angeordneten, nach peripher abnehmenden Stauungszeichen bei gleichzeitiger Herzdilatation. Therapeutisch ist der raschest mögliche Flüssigkeitsentzug entscheidend. Bei genügender Ausscheidungsfunktion kann die Infusion hoher Furosemiddosen eine rasche Besserung bringen. Generalisierte Krampfanfälle lassen sich durch Valium i. v. kupieren. Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz wird die Dialyse unumgänglich.

Eine gefährliche Notfallsituation kann bei Niereninsuffizienten durch die *Hyperkaliämie* entstehen. Diese entwickelt sich beim Niereninsuffizienten häufig durch Aufnahme kaliumreicher Nahrungsmittel (Obst und

Obstsäfte, Trockenobst und Hülsenfrüchte). Auch eine eventuelle Gabe von kaliumsparenden Saluretika sollte bedacht werden. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Hyperkaliämie finden sich typische EKG-Veränderungen mit T-Wellen-Überhöhungen, QRS-Verbreiterungen bis zum Schenkelblock und PQ-Überleitungsstörungen bis zum totalen AV-Block. Die Therapie besteht in einer sofortigen intravenösen Natrium-Bikarbonatgabe oder Infusion von Glucose-Insulin (2 g Glucose/E Altinsulin). Hierdurch wird eine Senkung des Serum-Kalium-Spiegels durch intrazellulären Abtransport des Kaliums erreicht. Gleichzeitig müssen kausale Therapiemaßnahmen zur Verringerung des Körperkaliumpools anlaufen (Furosemidgaben oder Diurese). Ferner kann mit Austauschharzen (Resonium A) Kalium gegen Natrium ausgetauscht werden. Da hierdurch bei primär bereits überwässerten Patienten eine zusätzliche natriumbedingte Wasserretention entsteht, sollte in solchen Fällen Resonium A durch Calcium-Serdolit ersetzt werden.

Folge gesteigerter *Bikarbonatverluste* ist bei der Niereninsuffizienz die renale metabolische Azidose mit vertiefter Kussmaul'scher Atmung, Neigung zur Hyperkaliämie, Kreislaufdysregulation und Blutdruckabfall. Zur Behandlung stehen Natrium-Bikarbonatinfusionen und bei nicht zumutbarer Flüssigkeitsbelastung die Dialysetherapie zur Verfügung. Bei nur mäßiggradiger chronischer renaler metabolischer Azidose (die die Anämie neigung und renale Osteopathie begünstigt) hat sich die Einnahme von Acetolyt-Granulat bewährt. Dadurch wird auch die Neigung zur Hypokalzämie günstig beeinflusst.

Das Vergiftungsbild der Urämie wird durch fünf Symptomengruppen charakterisiert, die in unterschiedlicher Schwere auftreten können:

- Azidosezeichen
- Gastrointestinale Symptome (Erbrechen, Nausea, Diarrhöen)
- Neurologische und neuromuskuläre Symptome (Zuckungen und Krämpfe)
- Kardiopulmonale Symptome (Perikarditis, Pleuritis, fluid-lung)
- Hautsymptome mit starkem Juckreiz

Bei den *Notfallsituationen durch Ausscheidungsstörungen von Medikamenten* ist die *Überdigitalisierung* von besonderer praktischer Bedeutung. Hierdurch kann es zu lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen bis hin zum totalen AV-Block kommen. Aufgrund der unterschiedlichen renalen Elimination der Digitalispräparate gelten für die Digitalisierung der niereninsuffizienten Patienten folgende Empfehlungen: Auf Strophanthingaben sollte ganz verzichtet werden. Am einfachsten ist die Behandlung mit Digitoxin, das weitgehend hepatisch bzw. gastrointestinal eliminiert wird. Demgegenüber werden Digoxinpräparate weitgehend renal eliminiert und neigen bei stärkerer Niereninsuffizienz zur Kumulation. Eingeschränkt ist bei zunehmender Niereninsuffizienz auch die Ausscheidung der *oralen Antidiabetika* (Neigung zu Hypoglykämien). Dies gilt insbesondere auch für das Glibenclamid (Euglucón). Auf die speziellen Probleme bei der Dialysebehandlung und die sich daraus eventuell entwickelnden Notfallsituationen soll hier nicht näher eingegangen werden.

Professor Dr. H. P. Schuster, Mainz:

Akute exogene Intoxikationen und ihre Initialtherapie in der Praxis

Die Gesamtzahl akuter Vergiftungsfälle in der Bundesrepublik Deutschland ist nicht ausreichend bekannt; sie wird mit 150 000 bis 200 000 pro Jahr geschätzt. Der vergiftete Patient ist bis zum definitiven Ausschluß einer Vitalbedrohung stets als Notfall zu behandeln. Die Basis der Sofortmaßnahmen bilden daher die Methoden zur Erkennung und Behandlung lebensbedrohlicher Vitalfunktionsstörungen ebenso wie bei Notfällen anderer Ätiologie. Nachfolgend sollen lediglich die bereits außerklinisch möglichen speziellen Sofortmaßnahmen zur Erkennung und Behandlung einer Vergiftung besprochen werden.

Die Sofortdiagnostik der Vergiftungen beruht auf vier Schritten: Der Inspektion der Umgebung, der Befragung, dem klinischen Befund sowie der Anfrage in telefonischen Gifteinformationszentralen.

In einer Vielzahl von Fällen läßt sich aufgrund aufgefundener leerer Tablettenröhrchen, Flaschen mit suspektem Inhalt und anderen Auffälligkeiten eine erste Verdachtsdiagnose stellen. Die Befragung konzentriert sich auf die sechs „W“: Wer? Was? Wann? Wie? Wieviel? Warum? Ist der Patient bewußtlos, so sind diese Fragen an Personen der Umgebung des Kranken zu stellen. Das klinische Bild muß sich in Anbetracht der Vielzahl möglicher Vergiftungserscheinungen auf die Kenntnis weniger, bei Vergiftungen häufiger und typischer Symptome stützen. Hierzu gehören Störungen des zentralen Nervensystems, gastrointestinale Störungen, charakteristische Hautveränderungen, Herzrhythmusstörungen und Zeichen einer Nieren- oder Leberzellschädigung.

Als spezielle Erstmaßnahmen zur Entgiftung, die über die Basismaßnahmen der Beseitigung oder Verhütung von Vitalfunktionsstörungen hinausgehen, sind Maßnahmen der Dekontamination und Neutralisation sowie die Möglichkeit einer Antidotgabe zu erwägen.

Bei inhalativen Vergiftungen ist das Retten des Patienten (Verbringen aus der giftigen Atmosphäre) selbstverständlich vorrangig. Bei Reizgasen ist zusätzlich die Applikation von Steroiden mit Hilfe von Dosier-Aerosolen wirkungsvoll. Bei Verdacht auf transkutane Einwirkung einer Noxe ist die Entfernung kontaminierender Kleidungsstücke sowie eine möglichst ausgiebige Hautreinigung zu fordern. Bei peroralen Vergiftungen kommt dem induzierten Erbrechen zur Entleerung des Magens eine besondere praktische Bedeutung zu. Hierzu sind folgende Vorbedingungen zu beachten:

30. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. Dezember 1979

Polytar

FLÜSSIG EMOLLIENS

*...gesunde
Haut
von Kopf
bis Fuß*



Verordnen Sie

POLYTAR FLÜSSIG

das antiseptische Teerpräparat zur Behandlung der Seborrhoea oleosa, Seborrhoea sicca, als unterstützende Behandlung der Psoriasis der Kopfhaut, fettiger und juckender Kopfhaut sowie bei Schuppenbildung.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Pix Juniperi DAB 6-0,3000 g · Pix liquida DAB 6-0,3000 g · Liquor Carbonis detergens DAB 6-0,0739 g · Erdnußöl DAB 7-0,2400 g · in synthetischen Reinigungsmitteln als Grundlage.

Handelsformen: Flasche mit 65 ml: 6,81 DM · Flasche mit 150 ml: 10,74 DM · Flasche mit 350 ml: 17,96 DM.
Apothekenpflichtig. Reg.-Nr. 43770.

STIEFEL
LABORATORIUM GMBH



Verordnen Sie

POLYTAR EMOLLIENS

Medizinisches Teerbad zur Behandlung von Psoriasis, insbesondere bei nachfolgender UV-Bestrahlung (Goeckermann-Methode), Ekzemen (insbesondere Neurodermitis constitutionalis, allergisches Kontaktekzem, seborrhoisches Ekzem), analem Symptomenkomplex, Lichen ruber, Lichen sclerosus et atrophicus, Arzneimittelalexanthemen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Pix Juniperi DAB 6-7,50 g · Pix liquida DAB 6-7,50 g · Liquor Carbonis detergens DAB 6-1,84 g · Erdnußöl DAB 7-7,00 g · Paraffinum perliquidum DAB 7-35,00 g.

Handelsformen: Flasche mit 250 ml: 16,34 DM · Flasche mit 1000 ml: 38,50 DM. Apo-

Coupon:

Wenn Ihnen

unser Steinmänn-

chen gefällt, schenken

wir es Ihnen zusammen mit

weiteren Informationen über Poly-

tar. Bitte kleben Sie diesen Coupon auf

eine Packung. Abschneiden.



Der Patient muß ansprechbar sein (Gefahr der Aspiration). Bei bewußtseinseingeschränkten Patienten ist die Magenspülung erforderlich. Es darf sich nicht um die Einnahme ätzender Substanzen handeln (Schädigung der Pharynx- und Ösophagus-schleimhaut durch Regurgitation). Alternative: Neutralisation. Es darf sich nicht um die Einnahme schaumbildender Substanzen handeln (Gefahr schwerer respiratorischer Störungen). Alternative: Gabe von Entschäumern. Es darf sich nicht um die Ingestion von organischen Lösungsmitteln oder Mineralölprodukten handeln (Gefahr schwerer Lungenschäden bei Aspiration). Alternative: Orale Gabe von Paraffinöl (3 ml/kg).

Bleibt nach Gabe von ein bis zwei Gläsern hypertonischer Kochsalzlösung das Erbrechen aus, so kann nach zehn Minuten ein weiteres Glas gegeben werden. Kommt es lediglich zu kräftigem Würgen, kann durch Trinken von reichlich Flüssigkeit ein produktives Erbrechen mit dem gewünschten Entleerungseffekt herbeigeführt werden. Salzwasser, Erbrechen und Apomorphingaben sind bei Säuglingen und Kleinkindern untersagt. Bei Apomorphin können atem- und kreislaufdepressorische Wirkungen eintreten.

Spezifische, bereits außerklinisch durch den erstbehandelnden Arzt anwendbare Antidota gibt es nur wenige. Darunter ist die Gabe von Atropin und Obidoxim bei akuter schwerer Alkylphosphatvergiftung sicher die praktisch häufigste Situation. Bei Methanolvergiftungen soll schon im Falle des Vergiftungsverdachts Äthanol als Antidot zugeführt werden.

Bei Vergiftungsverdacht soll sich der erstbehandelnde Arzt die Beantwortung nachfolgender Fragen zu eigen machen:

- Liegen Vitalfunktionsstörungen vor?
- Liegt eine Vergiftung vor?
- Welche Möglichkeiten der Entgiftung bestehen?
- Wie sind Schweregrad und Bedrohlichkeit der Vergiftung?
- Ist eine Klinikeinweisung – und wenn ja, mit welchem Transportsystem – indiziert?

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Behringersdorfer Straße 5 e, 8501 Schwaig

Der Arzt im Notfalleinsatz *

von W. Weißauer

(Fortsetzung)

3. Die Rechtsbeziehungen des Arztes zur Kassenärztlichen Vereinigung, zu den beteiligten Rechtsträgern und zum Patienten

Für diese Rechtsbeziehungen gibt es – wie bereits in 2.2.4 erwähnt – zwei rechtlich relativ einfache „typenreine“ Grundsituationen und eine Reihe von Organisationsmodellen, die unter arbeits-, versicherungs- und haftpflichtrechtlichen Aspekten näherer Analyse bedürfen.

3.1 Der Kassenarzt im kassenärztlichen Notfalldienst

Der Kassenarzt, der am Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung teilnimmt, ist und bleibt Freiberuflicher, der seine eigenen Leistungen auf eigene Rechnung und auf eigenes Risiko erbringt. Er tritt in kein Arbeitsverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung. Diese erfüllt zwar mit der Organisation des Notfalldienstes ihren Sicherstellungsauftrag, sie tut dies aber mit den gleichen Mitteln und Methoden, die auch sonst für die kassenärztliche Versorgung gelten. Folgerichtig ändert sich für den Notfalldienst auch nichts an dem vertrags-, versicherungs- und haftpflichtrechtlichen Status des Kassenarztes als Freiberufler. Er ist Partner des Notfallpatienten für den Behandlungsvertrag und haftet ihm zivilrechtlich für Behandlungsfehler aus Vertrag oder Geschäftsführung ohne Auftrag (sowie aus unerlaubter Handlung) und muß sich selbst gegen die Haftpflichtansprüche versichern.

An dieser Grundsituation verändert sich nichts, wenn die Kassenärztliche Vereinigung auch den Notarztdienst nach dem für den Notfalldienst geltenden System als Teil des Sicher-

stellungsauftrages selbst organisiert. Dies schließt selbstverständlich nicht aus, daß sie für diesen Einsatz im Einvernehmen mit den Kassen spezielle Honorare und Bereitschaftsvergütungen vorsieht oder daß Dritte (die Hilfsorganisationen) die Ärzte gegen Unfall oder Haftpflicht versichern.

3.2 Organisation des Notarztdienstes durch Krankenhäuser

Wie bereits näher ausgeführt, sind die Krankenhäuser nicht etwa originäre Träger des Notarztdienstes. Wenn sie seine Organisation und Durchführung übernehmen, so tun sie dies freiwillig. Je nach Art der Durchführung bedürfen sie selbst oder die am Notarztdienst teilnehmenden Krankenhausärzte der Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung.

3.2.1 Der Einsatz der Krankenhausärzte im Rahmen ihrer Dienstaufgaben

Wird der Krankenhausträger von der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigt, den Notarztdienst mit seinen angestellten oder beamteten Ärzten durchzuführen und werden diese dabei im Rahmen ihrer durch Gehalt und Überstundenvergütung abgegoltenen (hauptamtlichen) Dienstaufgaben tätig, so ergibt sich für sie insoweit keine Statusänderung. Sie sind auch bei der Erfüllung dieser Aufgabe Arbeitnehmer des Krankenhausträgers mit den dafür vorgesehenen sozialen Sicherheiten, also z. B. dem Unfallversicherungsschutz für den angestellten Arzt durch die Berufsgenossenschaften. Partner des Notfallpatienten für den Behandlungsvertrag ist der Krankenhausträger. Er allein haftet aus Vertrag für ein Verschulden seiner als Erfüllungsgehilfen tätigen Ärzte (§§ 276, 278 BGB). Die Ärzte selbst haf-

*) Nach einem Referat vor Rot-Kreuz-Ärzten in Endorf – Leitung: Chefarzt Dr. Zistl

ten freilich neben dem Krankenhaus-träger unter dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung.

Honoriert wird diese ambulante Leistung des Krankenhauses durch die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage der Ermächtigung. Inhaber dieses Vergütungsanspruchs gegen die Kassenärztliche Vereinigung ist der ermächtigte Krankenhaus-träger.

Wegen der Frage, ob und inwieweit der Krankenhaus-träger seinen angestellten und beamteten Ärzten die Mitwirkung am Notarzteinsatz kraft seines Direktionsrechts als Dienst-aufgabe zuweisen kann, vgl. Opder-becke/Weißbauer, Anästh. Informationen 1975, 159, Rieger, Dtsch. Med. Wochenschrift 1974, 2535 und 1975, 1409 und Andreas/Slegmund-Schultze, Krankenhausarzt 52, 265–267 (1979). Die nähere Regelung wird der BAT aufgrund der Vereinbarun-gen der Sozialpartner treffen.

3.2.2 Rechtlich schwieriger ist die Beurteilung, wenn der Krankenhaus-träger seine Ärzte zwar verpflichtet, an dem von ihm organisierten und durchgeführten Notarztdienst teilzunehmen, ihnen aber das Liquidationsrecht für ihre dabei erbrachten Leistungen einräumt. Die Rechtslage ist hier, soweit es um Privatpatienten geht, vergleichbar mit der des leitenden Krankenhausarztes, dem – wie heute üblich – die Behandlung aller stationären Patienten zur Dienstaufgabe gemacht, jedoch das Liquidationsrecht für die Patienten eingeräumt wird, die die gesondert berechenbare ärztliche Behandlung wählen.

Im Verhältnis zu den Kassenpatienten setzt diese Lösung die Ermächtigung des einzelnen Krankenhaus-arztes durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus, weil erst dadurch ein unmittelbarer Vergütungsanspruch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung begründet wird.

Partner des Behandlungsvertrags über die ambulante notfallmedizinische Versorgung ist bei dieser Lösung der Notarzt und nicht der Krankenhaus-träger. Für die Unfallversicherung wird jedoch darauf abzustellen sein, daß er seine Leistungen im Rahmen seiner (nebenamtlichen) Dienstaufgaben erbringt, also insoweit als Arbeitnehmer zu gelten hat.

3.2.3 Organisiert der Krankenhaus-träger den Notarztdienst nicht selbst, sondern erteilt er seinen Ärzten lediglich eine Nebentätigkeitsgenehmigung, so werden diese dabei außerhalb des Arbeitsverhältnisses zum Krankenhaus-träger und ohne dessen sozialen Schutz tätig. Sie sind dann in der Situation des Freiberuflers (wie die Kassenärzte beim Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung).

Rechtsgrundlage ihrer Tätigkeit ist die Einzelermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der sie ihre Leistungen abrechnen.

Der Krankenhausarzt, der als Freiberufler am Notarztdienst mitwirkt, muß für diese Situation sowohl hinsichtlich der Unfall- als auch der Haftpflichtversicherung eine eigene Vorsorge treffen, soweit er nicht – wie dies in Bayern offenbar geschieht – durch die Träger des Rettungsdienstes oder die Hilfsorganisationen versichert wird.

3.3 Organisation des Notarztdienstes durch andere Rechtsträger

In Betracht kommt auch, daß Rettungszweckverbände oder Hilfsorganisationen im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und auf der Basis der von ihr erteilten Ermächtigungen den Notarztdienst organisieren.

3.3.1 Dabei liegt es nahe, daß die Kassenärztliche Vereinigung die einzelnen Ärzte, soweit sie keine Kassenärzte sind, zur Mitwirkung ermächtigt und sie dabei zugleich verpflichtet, nach Maßgabe des vom Rettungszweckverband oder der Hilfsorganisation erstellten Einsatzplanes am Notarztdienst teilzunehmen.

Die Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Rechts-trägern, die es übernehmen, den Notarztdienst zu organisieren, kann sich bei dieser Gestaltung auf organisatorische Absprachen beschränken, weil der ermächtigte Arzt seine Leistungen unmittelbar bei der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet.

3.3.2 Eine Ermächtigung dieser Rechtsträger, den Notarztdienst nicht nur zu organisieren, sondern ihn auch (als Institutsleistung) selbst durchzuführen, wird nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Sie setzt voraus, daß eine ausreichende Zahl

von Ärzten sich in Dienstverträgen gegenüber diesen Rechtsträgern verpflichtet, in ihrem Auftrag und als deren Erfüllungsgehilfen an der notärztlichen Versorgung mitzuwirken. In der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Versicherungsträger sollten bei dieser Lösung u. a. die Anforderungen an die Qualifikation und als Vertrag zugunsten Dritter die Vergütung und die Versicherung der Notärzte gegen Haftpflicht und Unfall geregelt werden.

3.4 Organisation des Einsatzes durch die Notärzte

Während die in 3.3 skizzierte Lösung offenbar in der Praxis bisher noch kaum realisiert worden ist, wird ein beträchtlicher Teil der Einsätze von niedergelassenen Ärzten und von nebenberuflich tätigen Krankenhaus-ärzten wahrgenommen, die sich aus eigener Initiative und rechtlich unabhängig von einem der vorstehend erwähnten Rechtsträger zu einem organisierten Notarztdienst zusammenschließen. Ähnlich wie beim kassenärztlich organisierten Dienst wird der einzelne Arzt hier freiberuflich tätig. Er wird Vertragspartner des (ansprechbaren) Patienten und liquidiert sein Honorar, wenn es sich um einen Kassenpatienten handelt, bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Für die Unfall- und Haftpflichtversicherung müssen die beteiligten Ärzte selbst sorgen, soweit sie nicht – wie dies zur Zeit offenbar geschieht – vom Bayerischen Roten Kreuz versichert werden.

Die Probleme, die sich bei dieser Lösung ergeben, liegen im Organisatorischen: Zwar bedarf jeder Nichtkassenarzt der Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung, die ihm mit der Maßgabe erteilt werden kann, daß er verpflichtet ist, an dem von der Gruppe organisierten Dienst im Rahmen des Einsatzplanes teilzunehmen. Ob eine solche Verpflichtung von der Kassenärztlichen Vereinigung auch den Kassenärzten auferlegt werden kann, die freiwillig an einem solchen von der Gruppe selbst organisierten Dienst teilnehmen, erscheint jedoch fraglich.

Die – offenbar weitgehend formlosen – Absprachen der beteiligten Ärzte begründen rechtlich kaum faßbare interne Einsatz- und Weisungsrechte, auch wenn die Kollegen einen Arzt als Leiter des Notarztdienstes

oder als federführend anerkennen; es fehlt eine Instanz zur Prüfung der fachlichen Qualifikation der beteiligten Ärzte und die Möglichkeit, eine gezielte Aus- und Fortbildung in der Notfallmedizin zu organisieren. Schließlich wird es einem losen Zusammenschluß von Ärzten schwer fallen, als Partner für Verhandlungen mit dem Rettungswesen beteiligten Rechtsträgern aufzutreten, um dauerhafte Vereinbarungen über die Ausstattung des Notarztdienstes und seine Kooperation mit den Hilfsorganisationen zu schließen.

Um diesem Lösungsmodell eine festere Struktur zu geben, könnte es sich empfehlen, auf Landesebene einen eingetragenen Verein mit regionalen Gliederungen zu bilden, der als Träger des Notarztdienstes fungiert und in seiner Satzung die Mitwirkungsrechte und -pflichten seiner Mitglieder regelt. Die einfachere Lösung ist im Vergleich dazu jedoch die Organisation und Durchführung des Notarztdienstes durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Zusammenfassend läßt sich feststellen:

Die notärztliche Versorgung der Kassenpatienten ist Teil des Sicherstellungsauftrags und damit originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Es ist primär ihre Sache, den Notarztdienst zu organisieren und mit Kassenärzten durchzuführen. Nichtkassenärzte können am Notarztdienst nur aufgrund von Ermächtigungen der Kassenärztlichen Vereinigung teilnehmen.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann anderen Rechtsträgern (Krankenhausträgern, Zweckverbänden, Hilfsorganisationen) mit deren Einverständnis die Organisation des Notarztdienstes übertragen und die ermächtigten Ärzte verpflichten, an dem Dienst nach Maßgabe der Einsatzpläne teilzunehmen. Sie kann aber auch diese Rechtsträger ermächtigen, den Notarztdienst im eigenen Namen durchzuführen. Abzurechnen sind auch bei dieser Lösung die Notfalleistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung.

(Schluß folgt)

Anschritt des Verfassers:

Ministerialdirigent Dr. med. h. c. W. *Waißbauer*, Eckarstraße 34, 8050 Freising

Ärzte helfen Ärzten

Welnechtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Wer von uns aus seinen Kindheitstagen noch die Erinnerung an die Weihnachtsferien im Elternhaus bewahrt hat, der weiß, welche Kostbarkeit in einem Menschenleben dies bedeutet: Weihnachten im Elternhaus. Die Schützlinge der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ feiern auch Weihnachten, der Großteil von ihnen ohne Elternhaus. Das Leben voller Sorgen während des ganzen Jahres hört für sie auch an Weihnachten nicht auf. Aber diese Sorgen halten sich in Grenzen, solange sie in der großen Familie der Halbarufen geborgen sind. Wir können ihnen mit unseren Spenden das Elternhaus nicht ersetzen, aber doch die Berufsausbildung ermöglichen, die ihnen durch ihre Eltern auch gegeben worden wäre, wenn ihnen das Schicksal dies gestattet hätte.

Nun ruft uns das Weihnachtsfest wie jedes Jahr dazu auf, das Geschenk, das dieses Fest in seinem Inhalt für uns bringt, anderen Menschen weiterzugeben: Hoffnung, Zuversicht, Geborgenheit. Unsere Kollegenkinder brauchen unsere Hilfe. Wir bitten für sie um Ihre Hilfe. Die dankbare Erinnerung daran, daß Sie uns seit über 20 Jahren diese Hilfe ermöglichen, gibt uns die Gewißheit, daß Sie auch in diesem Jahr unseren Schützlingen mit Ihrer Weihnachtsspende helfen werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Muschallik
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Dr. Bourmer
Vorsitzender des Hartmannbundes –
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Hoppe
2. Vorsitzender des Marburger Bundes –
Verband der angestellten und beamteten
Ärzte Deutschlands e. V., Bundesverband

Dr. Roos
Bundesvorsitzender des Verbandes der
niedergelassenen Ärzte Deutschlands
(NAV) e. V.

Frau Dr. Heuser-Schreiber
Präsidentin des Deutschen Ärztinnen-
bundes e. V.

Dr. Walther
1. Bundesvorsitzender des Deutschen
Kassenarztverbandes

Dr. Klotz
Vorsitzender des Berufsverbandes der
Praktischen Ärzte und Ärzte für Allge-
meinmedizin Deutschlands (BPA) e. V.

Dr. Schüller
Präsident der Gemeinschaft fachärzt-
licher Berufsverbände (GFB)

Professor Dr. Dr. Hoffmann
Präsident des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Medizinaldirektor Dr. Schmidt
Vorsitzender des Bundesverbandes der
Ärzte des Öffentlichen Gesundheits-
dienstes e. V.

Dr. Eggers
Präsident des Bundesverbandes der
Deutschen Zahnärzte e. V.

Zahnarzt Schad
Bundesvorsitzender des Freien Ver-
bandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Rupprecht
Präsident der Deutschen Tierärzta-
schaft e. V.

Für Ihre Überweisung stehen Ihnen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1 222 387 00, Deutsche Apotheker- und Ärztabank Stuttgart Nr. 00 919 190, Landesgirokassa Stuttgart Nr. 1 268 267, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701.

Gastrozepin-Report

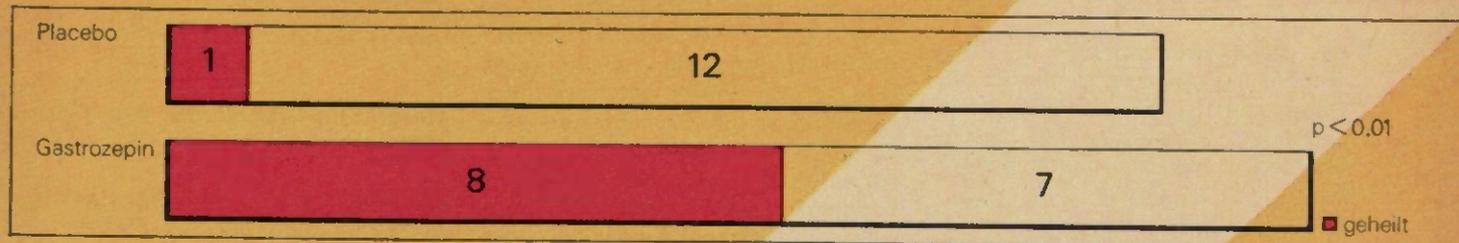
Baden/Schweiz,
9.-11. November 1978,
13th European
Postgraduate Course
on Endoscopy of the
Stomach

Vortrag von E. Schmid*,
Göppingen, über die Wir-
kung von Gastrozepin
beim Ulcus ventriculi,
beurteilt aufgrund einer
endoskopisch kontrollier-
ten Doppelblindstudie.

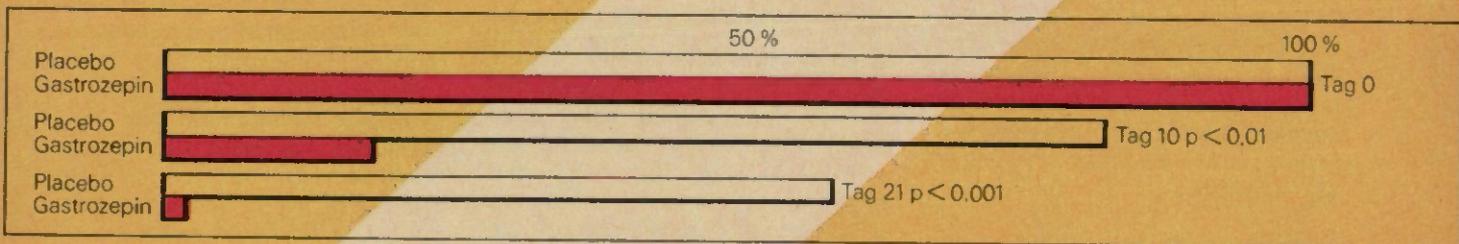
Dabei wurden 13 Patien-
ten mit Placebo und 15
Patienten mit Gastrozepin,
2 x 1 Tablette in randomi-
sierter Reihenfolge
21 Tage lang behandelt.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen:

Signifikant bessere Heilungsrate in der Gastrozepin-Gruppe.



Die Verkleinerung der Ulcusfläche ist durch den Median des Ulcusdurchmessers in % zum Ausgangswert ausgedrückt. Die Ulcusfläche ist schon nach 10 Tagen signifikant kleiner unter Gastrozepin, nach 21 Tagen ist der Unterschied noch größer.



Die Untersuchungen zeigen bei stationären Patienten mit Ulcus ventriculi und mit endoskopisch gesicherten Beurteilungskriterien eine sicher schnellere Heilung durch Gastrozepin. Nebenwirkungen, insbesondere anticholinergischer Art, wurden nicht beobachtet.

Magentherapie mit Gastrozepin.

Einfach und wirkungsvoll, keine Kontraindikationen bekannt. Bei nur 2-maliger Dosierung. Bei Gastritis, Reizmagen und Ulcus pepticum. Intravenös für die schnelle Initialbehandlung des Ulcus und für die Intensivtherapie.

**NEU: Großpackung
mit 100 Tabletten**

Gastrozepin[®]

Spezifischer Magensekretionshemmer

*E. Schmid und E. Bläich: Die Wirkung von Pirenzepin (Gastrozepin) beim Ulcus ventriculi. Endoskopisch kontrollierte Doppelblindstudie. 13th European Postgraduate Course on Endoscopy of the Stomach, Baden, Schweiz, 9.-11. November 1978.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Pirenzepin-dihydrochlorid = 5,11-Dihydro-11-[(4-methyl-piperazin-1-yl)-acetyl]-6H-pyrido-[2,3-b][1,4]benzodiazepin-6-on-dihydrochlorid 25 mg. **Anwendungsgebiete:** Akute und chronische Formen von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni, hyperazider Reizmagen, Gastritis, medikamentös bedingte Magenbeschwerden. **Gegenanzeigen:** In Tierversuchen wurde festgestellt, daß Gastrozepin auch bei hoher Dosierung keine teratogenen Eigenschaften besitzt. Trotzdem wird, wie bei allen neuen Arzneimitteln, von der Anwendung während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate abgeraten. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann die Therapie mit Gastrozepin eine Appetitanregung bewirken. Eine in seltenen Fällen auftretende Stuhlerweichung ist als wünschenswerter Beweis dafür zu werten, daß Magen- und Darmmotilität nicht gestört werden. **Dosierungsanleitung, Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, sind zu Beginn der Therapie einmalig 2 Tabletten, dann jeweils morgens und abends 1 Tablette einzunehmen. Nach Eintritt der Beschwerdefreiheit, die mit Gastrozepin in der Regel schon nach wenigen Tagen erreicht wird, soll bis zur völligen Aushheilung noch 2-3 Wochen (je 1 Tablette morgens und abends) weiterbehandelt werden. Die Einnahme erfolgt am besten vor den Mahlzeiten mit einem Schluck Flüssigkeit. Bei schweren und komplizierten Ulcera ventriculi oder Ulcera duodeni kann die tägliche Dosis auf 100-150 mg erhöht werden. Die Einnahme sollte 2 x täglich (morgens und abends) erfolgen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 14,50, Originalpackung mit 50 Tabletten DM 32,05, Originalpackung mit 100 Tabletten DM 57,80, Klinikpackung. **Weitere Darreichungsform:** Gastrozepin-Trockenampullen mit Lösungsmittel. Originalpackung mit 5 Ampullen DM 28,50, Originalpackung mit 10 Ampullen DM 51,25, Klinikpackungen. Weitere Informationen sind dem Wiss. Prospekt zu entnehmen. - Preisänderung vorbehalten.

Thomae

Dr. Heinrich Claus 102 Jahre

Am 29. November 1979 konnte Kollege Dr. med. Heinrich Claus, Jüdtstraße 11, 8800 Ansbach, sein 102. Lebensjahr bei verhältnismäßig guter Gesundheit und geistiger Verfassung vollenden.

Dr. Claus gehört neben Dr. Franz Prigge, Marktoberdorf, der am 19. September 1979 seinen 101. Geburtstag feiern konnte, zu den beiden ältesten in Bayern wohnenden Ärzten.

Dr. Herbert Günther-Kühne 85 Jahre

Dr. med. Herbert Günther-Kühne, Mühlenring 10, 8853 Wemding, langjähriger Direktor und Chefarzt der medizinischen Abteilung des Krankenhauses München rechts der Isar, feierte am 24. November 1979 seinen 85. Geburtstag.

Friedrich von Müller nannte er seinen Lehrer. An beiden Weltkriegen hat er teilgenommen. Vor 1933 war er unter Geheimrat Sittmann Oberarzt am Krankenhaus, dann niedergelassener Internist und ab 1945 zuerst Chefarzt der medizinischen Abteilung, dann Direktor des Krankenhauses. Er hat wesentlichen Anteil am Wiederaufbau des im Krieg zerstörten Krankenhauses. Seine menschlichen und ärztlichen Eigenschaften haben eine große Zahl von Medizinern der Nachkriegszeit geprägt. Seine Schüler und ehemaligen Mitarbeiter wünschen ihm weiter viel Glück und Freude.

Verdienstkreuz am Bande

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde Generalarzt Dr. med. Joachim Garbe, Marsstraße 10, 8080 Fürstenfeldbruck, ausgezeichnet.

Dr. Soenning 75 Jahre

Am 5. Dezember konnte Dr. Rudolf Soenning, Hallhof 8, 8940 Memmingen, seinen 75. Geburtstag feiern.

Dr. Soenning war fünf Legislaturperioden Mitglied des Bayerischen Landtags. Den Schwerpunkt seiner Arbeit sah er vor allem in der Gesundheitspolitik. Von der Gründung des Bayerischen Landesgesundheitsrates an bis 1974 leitete er diese Institution, von der wichtige Impulse für das Gesundheitswesen in Bayern ausgingen. Sein Hauptaugenmerk galt der Krankenhausplanung, der Förderung der Krankenpflegeschulen und der Präventivmedizin. Die Einführung des Sehtestes für Führerscheinbewerber zuerst in Bayern und dann in der Bundesrepublik ist vor allem seinem Einsatz zu danken.

In langjähriger Mitarbeit im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat Dr. Soenning seine politischen Erfahrungen auch in die Selbstverwaltung der Ärzteschaft eingebracht. Von 1950 bis 1970 war er Delegierter des Deutschen Ärztetages.

Auf dem 78. Deutschen Ärztetag in Hamburg 1975 überreichte ihm Professor Dr. Sewering die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft, die Paracelsus-Medaille.

Dr. Kläß weiter Senator

Ministerialdirigent Dr. med. Bernhard Kläß, M. P. H., Winzererstraße 9, 8000 München 40, ist von der 14. Landesversammlung des Bayerischen Roten Kreuzes Ende Oktober in Coburg auf weitere sechs Jahre zum Vertreter des BRK für die Wahl in den Senat des Freistaates Bayern benannt worden.

Ab 1964 Mitglied des Bayerischen Senats, widmet sich Dr. Kläß im Rechts- und Verfassungsausschuß insbesondere öffentlich-rechtlichen sowie gesundheitspolitischen Problemen und beteiligt sich als Mitglied des Senatspräsidiums seit 1970 an dessen Führungsaufgaben.

Dr. Giesen 70 Jahre

Am 14. Dezember vollendet Dr. med. Heinrich Giesen, Telramundstraße 8, 8000 München 81, sein 70. Lebensjahr. Der Jubilar, ein Standespolitiker der ersten Stunde nach dem Kriegsende, war früher Allgemeinarzt in Kronach/Ofr. Während einer Legislaturperiode — vom 1. Januar 1968 bis 21. Januar 1972 — hatte er den Vorsitz der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

ad multos annos!

Bergmann-Plakette für Professor Mehnert

Auf einer Fortbildungsveranstaltung der Vereinigung der Bayerischen Internisten am 5. November 1979 im Ärztehaus Bayern überreichte Professor Dr. Hans Joachim Sewering die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Professor Dr. Hellmut Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing.

Professor Mehnert hat sich um die ärztliche Fortbildung besonders verdient gemacht. Seit 1. 1. 1966 Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, seit 1. 1. 1968 gemeinsam mit Professor Dr. Wieland Leiter der Forschergruppe Diabetes, hat er sich und seine Mitarbeiter bereitwillig für die Fortbildung der niedergelassenen Ärzteschaft zur Verfügung gestellt. Kollege Mehnert hat einen ganz entscheidenden Beitrag zur Erarbeitung der Problematik ernährungsabhängiger Krankheiten, insbesondere des Diabetes, geleistet. Er war im Rahmen dieses Wirkens maßgeblich beteiligt an der Vorbereitung und der Auswertung der Münchener Diabetes-Früherfassungsaktion der Bayerischen Landesärztekammer. Die Zahl seiner wissenschaftlichen Publikationen beträgt über 450; er gab vier Bücher über Stoffwechselerkrankungen und Diabetes heraus. Ungezählte Male hielt Professor Mehnert Referate bei Fortbildungsveranstaltungen der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern sowie auf den großen Kongressen der Bayerischen Landesärztekammer. Darüber hinaus ist er als Wissenschaftlicher Leiter des Meraner Fortbildungskongresses der Bundes-

ärztekammer und als Wissenschaftlicher Beirat des Bundesgesundheitsamtes tätig. Auf internationaler Ebene vertritt Professor Mehnert die Bundesrepublik im Diabetes-Experten-Komitee der Weltgesundheitsorganisation und als Vizepräsident der IDF (Internationale Diabetesvereinigung).

Professor Dr. med. Claus-Jürgen Estler, Leiter des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 22, 8520 Erlangen, wurde vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit als Sachverständiger in die Aufbereitungskommission für humanmedizinische Arzneimittel aus dem Gebiet der Zahnheilkunde berufen.

Professor Dr. med. Dieter Müting, Chefarzt an der Heinz-Kelk-Klinik für Innere Medizin-Gastroenterologie, Am Gradierbau, 8730 Bad Kissingen-Hausen, wurde zum Ehrenmitglied der Ungarischen Gastroenterologischen Gesellschaft ernannt.

Professor Dr. med. Dieter Platt, Helmerichstraße 58, 8500 Nürnberg, Leiter des Instituts für Gerontologie an der Universität Erlangen-Nürnberg und Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik am Klinikum Nürnberg, wurde auf dem 6. Europäischen Symposium über Grundlagenforschung des Alterns in München zum Generalsekretär der Europäischen Biologischen Sektion der Internationalen

Gesellschaft für Gerontologie gewählt.

Professor Dr. med. Rudolf A. Pfeiffer, Vorstand des Instituts für Humangenetik und Anthropologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Bismarckstraße 10, 8520 Erlangen, wurde zum korrespondierenden Mitglied der Société Française de Pédiatrie ernannt.

Professor Dr. med. Helmut Stickl, Am Neudeck 1, 8000 München 95, wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Professor Dr. med. Gerhard Weber, Vorstand der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, wurde vom Niederländischen Verein für Dermatologie und Venerologie zum außerordentlichen Mitglied ernannt.

Dr. med. Eduard Herald Wegener, Schraudolphstraße 6, 8000 München 40, wurde zum Mitglied der Société internationale de chirurgie ernannt.

Professor Dr. med. Adolf Windorfer, ehem. Direktor der Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Gustav-Specht-Straße 10, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde ernannt.

Fakultät

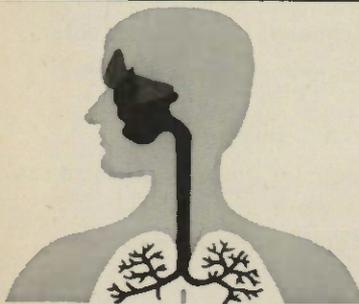
München -- Technische Universität

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (verbunden mit der Verleihung ist die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor): Privatdozent Dr. med. Wolfgang Mühlbauer für Plastische und Wiederherstellungschirurgie; Privatdozent Dr. med. Josef Schuster für Chirurgie.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (verbunden mit der Verleihung ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent): Dr. med. habil. Bernd Ultsch für Chirurgie; Dr. med. habil. Wolfgang Vierling für Pharmakologie und Toxikologie; apl. Professor Dr. med. Melchior Westhues für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Habilitiert haben sich: Dr. med. habil. Hans von Denffer für Augenheilkunde; Dr. med. habil. Hans-Jochen Dressler für Nuklearmedizin; Dr. med. habil. Frank Erbel für Neurologie; Dr. med. habil. Klaus Kempken für Nuklearmedizin; Dr. med. habil. Bernhard Kremann für Radiologie; Dr. med. habil. Karl Martin Pirke für Klinische Chemie; Dr. med. habil. Heinz Wolfgang Präuer für Chirurgie; Dr. med. habil. Peter Roggenkämper für Augenheilkunde; Dr. med. habil. Ursula Schweigart für Innere Medizin.

Privatdozent Dr. med. habil. Peter Krieglsteiner wurde zum Akademischen Oberrat an der Frauenklinik und Poliklinik ernannt.



SEKRETOLYTIKUM bei SINUSITIDEN und SINOBRONCHITIDEN

Sinupret®

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. • **Kontraindikationen und Nebenwirkungen** sind bisher nicht bekannt. • **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat aus: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,8 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g - 1 Oregée enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. sine Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. • **Ooelierung:** 3mal täglich $\frac{1}{2}$, bis 1 Teelöffel oder 1 bis 2 Dragées. • **Handeleformen:** Sinupret OP mit 100 ml DM 8,95, OP mit 60 Dragées OM 6,95, OP mit 240 Dragées DM 26,80; Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées.



BIONORICA KG · APOTHEKER POPP · NÜRNBERG

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Oberfranken

Großheirath, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Innerhalb der Verwaltungsgemeinschaft Untersiemau (7650 Einwohner – 2 Ärzte) ist in der Mitgliedsgemeinde Großheirath der aus Altersgründen des Stelleninhabers vakant gewordene Einzelarztsitz zu besetzen.

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bayreuth:

1 Augenarzt

Nalla, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7 a – 9, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32.

Mittelfranken

Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des Einzelarztsitzes Vorra, einer Landgemeinde im oberen Pegnitztal, für ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Einwohnern.

Ehingen, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21 – 24.

Unterfranken

Mömbriß, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Knetzgau, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Großlangheim, Lkr. Kitzingen:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Zellingen, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kleinheubach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadt Schweinfurt,

Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-Steinberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stadtteil Oberndorf:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Augenarzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:
1 Augenarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Stadt Schweinfurt:
2 Augenärzte

Karlstadt, Lkr. Main-Spessart:
1 Frauenarzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Frauenarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 HNO-Arzt

Haßfurt/oder Ebern, Lkr. Haßberge:
1 HNO-Arzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 HNO-Arzt

Stadt Aschaffenburg:
1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

**Kitzingen/oder Volkach, Lkr. Kitzin-
gen:**
1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Nervenarzt

Obernburg, Lkr. Miltenberg:
1 Orthopäde

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Unterfranken der KVB, Hof-
straße 5, 8700 Würzburg, Telefon
(09 31) 307 - 1.

Oberpfalz

Waldthurn, Lkr. Neustadt/WN:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Nachfolgebesetzung für ein Einzugs-
gebiet von ca. 2500 Einwohnern.

Bodenwöhr, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Leonberg, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Neukirchen-Balbini, Lkr. Schwan-
dorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Pechbrunn, Lkr. Tirschenreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schwandorf, Ortsteil Klardorf,
Lkr. Schwandorf:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ursensollen, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Vilseck, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Windischeschenbach, Lkr. Neustadt/
WN:**
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Amberg:
1 Hautarzt

Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:
1 Hautarzt

Weiden:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Oberpfalz der KVB, Lands-
huter Straße 49, 8400 Regensburg,
Telefon (09 41) 7 50 71.

Niederbayern

Haibach, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ohu, Lkr. Landshut:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Deggendorf-Stadt:
1 Hautarzt

Dingolfing-Stadt:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Niederbayern der KVB, Lilien-
straße 5-7, 8440 Straubing, Telefon
(0 94 21) 70 53.

Schwaben

Höchstädt/Donau, Lkr. Dillingen:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-
stelle Schwaben der KVB, Frohsinn-
straße 2, 8900 Augsburg, Telefon
(08 21) 31 30 31.

Der Arzt – ein „Leistungserbringer“!

Leistungserbringer oder gar Leistungsanbieter klingt rau und unangebracht in den Ohren der Ärzte. Damit wird ihnen unmißverständlich bedeutet, daß sie als Schuldige der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen angesehen werden. Ihre Leistungen seien zu teuer, zu wenig rationell erbracht, insgesamt zu viele, und möglicherweise vermehrten sie mißbräuchlich aus purem Eigeninteresse, verbesserten damit ihre Einkommensverhältnisse. Auch im Ausdruck „überkurieren“, der beim Bayerischen Ärztetag aus offiziellem Munde zu vernahmen war, klingt diese Meinung an, das Wort „Ausbeuter“, früher häufig gebraucht und noch immer gängig, kommt aus derselben Richtung.

Dabei hat der Arzt gar keine Veranlassung, sich nicht als Leistungserbringer zu fühlen. Er erbringt Leistungen von hoher fachlicher Qualifikation und Verantwortung. Soweit seine persönliche Leistungsfähigkeit reicht, ist er im Leistungsumfang und Ausmaß nicht beschränkt, darf seine Leistungen jedoch nicht an Nichtärzte delegieren. Der Kassensarzt kann seine Leistungen sogar nur sehr beschränkt an andere Ärzte delegieren und bedarf dazu ausdrücklicher Genehmigung, seinem Honorarrahmen werden engste Grenzen gesetzt, das wirtschaftliche Risiko trägt er voll und selbst das Leistungsausmaß kann er nicht nach seinen Fähigkeiten bemessen, sondern hat es am medizinisch Notwendigen auszurichten.

Danach ist klar, daß der Arzt ein Leistungserbringer ist, der mit ganz anderen Beschränkungen und Pflichten belastet ist, als dies bei Leistungserbringern, z. B. im Handwerk und in der Industrie, der Fall ist.

Mit gängigen Schlagworten werden so die Ärzte – und die Kassenärzte insbesondere – zum Schuldigen an einer ökonomischen Entwicklung gestempelt, die sich weltweit im Gesundheitswesen abspielt. Fehlhaltung der Ärzte – Leistungsvermehrung – Kostenausweitung werden zu einer kurzen Argumentationskette geschlossen. Und daraus leitet sich dann auch wie von selbst die Überlegung ab, daß finanzielle Strafen wohl am raschesten die Fehlhaltung korrigieren würde. Dies ist die gegenwärtige Position der Kostendämpfungsmaßnahmen. Herder-Dorneich stellt mit Recht fest, daß die Kostendämpfungsmaßnahmen bisherigen Zuschnitts den Ärzten nichts gebracht haben, sie haben ihnen nur Einkommensminderung gebracht.

Dieser gedankliche Kurzschnitt zwischen Kosten und ärztlichen Leistungen behindert den Blick auf die tatsächlichen Ursachen, weshalb ärztliche Leistungen einer ständigen Vermehrung ausgesetzt sind. Eine auf Hochtouren arbeitende Wissenschaft liefert medizinische Erkenntnisse, die in Einzelleistungen verteilt in die tägliche Praxis übersetzt werden. Kein Arzt, der verpflichtet ist, seinen Beruf nach dem Stand des Wissens auszuüben, kann und will verantworten, mit einem Leistungsspektrum zu arbeiten, das vor zehn oder 20 Jahren üblich war. Das vorhandene industrielle Potential erzeugt technische Produkte nicht nur in großer Zahl, sondern auch in raschem Wechsel, überschwemmt damit den diagnostischen und therapeutischen Bereich, induziert hier besonders spektakuläre Wachstumsraten. Aus Schulen und Universitäten ergießt sich ein Strom nachwachsender Ärzte, die sich zu Recht vom Erbringen ärztlicher Leistungen zu ernähren gedenken. Einrichtungen für die stationäre Versorgung schließen aus dem Boden, die dem Ziel dienen, mehr und bessere ärztliche Leistungen zur Verfügung zu stellen. – Wenn sich all diese Faktoren koppeln, wie dies etwa seit 15 Jahren der Fall ist, müssen sich die Kosten potenzieren.

Diese Überlastung des Systems mit Leistungserbringern und Leistungsmöglichkeiten bewirkt eines mit Sicherheit, daß nämlich Sparsamkeit als Tugend ausgerottet wird. Wer nämlich die finanziellen Einbußen nicht durch Leistungsstärke kompensiert, kann zusehen, wie die Ergebnisse seiner Sparsamkeit an anderer Stelle „verbraten werden“ (Herder-Dorneich). Soweit die ärztlichen Körperschaften die Aufgabe haben, eine gleichmäßige Verteilung der Leistungsmöglichkeiten zu gewährleisten, wurden sie von diesem Ansturm genauso überrollt wie jene, die Verantwortung tragen für die Wachstumszahlen und die Errichtung von Spezialeinrichtungen.

Ein besonders tiefgreifendes Problem ergibt sich für den Arzt und seine Leistung aus der Tatsache, daß ihm zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken eine Vielzahl von Verfahren und Produkten zur Verfügung gestellt wird, die er nicht mehr mit dem Mittel der empirischen Prüfung kritisch bewerten kann. Der Arzt, der sein heilendes und heilendes Handeln über intuitive Denkmuster steuert, bedarf als Basis seiner Intuition der empirischen Erfassung und Erfahrung dessen, was er anwendet. So wie die Dinge sich aber entwickeln, kann er z. B. die Ergebnisse von Laboruntersuchungen

oder die Wirkungsweise von Heilmitteln entweder überhaupt nicht mehr oder nicht mehr über ausreichende Zeiträume hinweg kritisch prüfen. Seine Erfahrung ist dadurch instabil geworden. Es wird ihm suggeriert, daß es weder der Empirie noch der Intuition bedarf, daß in einem einfachen deduktiven Schluß aus Information Diagnose und Therapie entstehen können.

Vor diese Schwierigkeit gestellt, ist es unausweichlich, daß der Arzt seinem diagnostischen und therapeutischen Handeln zur vermeintlichen Sicherung eine steigende Anzahl von Informationen vorschaltet. Da ihr Wert aber nicht mehr überprüfbar ist und auch die Erfahrung die Informationstut nicht in Schranken zu halten vermag, resultiert gerade im diagnostischen Sektor der unheilvolle Kreislauf, daß Informationen Krankheiten gebären, daß aber die Denkmuster des Arztes paralysiert sind, wo er diese Entscheidung falsifizieren sollte.

Diese Dynamik ist vor allem dort anzutreffen, wo die Technik breiten Eingang in die ärztlichen Leistungen gefunden hat. Auf der Kostenseite sieht das so aus, daß zur Gewinnung dieser Informationen und zu ihrer Falsifizierung ein ständig zunehmender Anteil der ärztlichen Leistungen benötigt wird.

Wenn im bayerischen Honorarvertrag der Kassenärzte nun erstmals nicht mehr nur von ökonomischen Daten die Rede ist, wie etwa Fallzahl, Fallzahl, lineare Steigerung und Überschreitung des Gesamthonorars, sondern auch von „gezielter Diagnostik und Therapie“, so signalisiert dies einen Wandel in der Auffassung, wie der Kostenfluß und der Leistungsfluß und den bedauerlichen Mißständen in der Verteilung von Leistung und dem Ungleichgewicht auf Ertragsseite an die Wurzel zu gehen ist. Es wird nicht mehr dabei bleiben können, daß diagnostische und therapeutische Leistungen im Prüfverfahren an ungeeigneten und blinden Durchschnittswerten gemessen werden. Es wird die Formulierung empirisch vertretbarer diagnostischer Leitlinien bedürfen. Obsolete Verfahren, überzogene Viellätigkeit und indikationslose Verwendung gilt es aufzuzeigen und das Leistungsverhalten dahin zu wandeln, daß die intuitiven, erfahrungsgesteuerten Denkvorgänge wieder funktionieren, ohne in ökonomische Zwänge zu geraten. Auf diese Weise könnten sich die Ärzte davor bewahren, in die leistungsindifferente Sozialisation abzusinken.

Den Politikern bleibt genügend Arbeit, zur Sanierung der Außenbedingungen beizutragen, Ausbildungsqualität zu heben und Ausbildungskapazität zu regulieren, den Bedarf für stationäre Einrichtungen am Bedürfnis zu orientieren und die Finanzmittel der Krankenkassen nicht fremden Zwecken zuzuführen.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunthal 3, 8000 München 80

Vor der Reform der Feiertage

In Bayern soll es künftig einheitlich 14 Feiertage geben. Einen entsprechenden Gesetzentwurf hat die CSU-Fraktion im Landtag eingebracht, der gegenwärtig die Parlamentsausschüsse durchläuft. Seit Jahren ist die bestehende Feiertagsregelung in Bayern umstritten, wobei insbesondere die Kirchen, aber auch die SPD im Landtag bislang vergeblich für einheitliche, für alle Bewohner geltende Feiertage eingetreten sind. Nach der jetzt gültigen Feiertagsregelung dürfen derzeit 79 Prozent der bayerischen Bevölkerung an bestimmten Feiertagen später zur Arbeit kommen oder ganz daheim bleiben, um ihrer kirchlichen Feiertagspflicht nachkommen zu können, melassen 21 Prozent der Gläubigen in diesen Genuß. Auf alle Fälle sind die Schulen geschlossen, ebenso sind zeitweise die Behörden nicht besetzt. Nach dem geltenden Feiertagskalender gibt es in Bayern neben den zehn gesetzlichen Feiertagen, die für den ganzen Freistaat gleichermaßen verbindlich sind, vier weitere staatlich geschützte Feiertage, die – je nach Konfession – ganz, halbtags oder gar nicht gefeiert werden.

Tage, an denen alle frei haben, sind bisher der 1. Januar, Dreikönig, Karfreitag, Ostermontag, 1. Mai, Christi Himmelfahrt, Pfingstmontag, 17. Juni sowie erster und zweiter Weihnachtsfeiertag. Dazu kommen in katholischen Gegenden Fronleichnam, Mariä Himmelfahrt und Allerheiligen, während in überwiegend evangelischen Landesteilen der Buß- und Betttag als zusätzlicher Feiertag hinzukommt.

Dies führt zu einer Zerstückelung der Freizeit und auch der Arbeitszeit. Darüber hinaus entstehen häufig organisatorische Schwierigkeiten bei der Dienstbefreiung für den Kirchgang, weil dem denn oft betriebstechnische Gründe entgegenstehen. Noch komplizierter wird die Feiertagsgestaltung in den Familien, wenn Angehörige in Gemeinden berufstätig sind mit jeweils unterschied-

lichen Konfessionen. Von Handel und Gewerbe wird darauf hingewiesen, daß es beispielsweise Lebensmittelbetriebe gibt, die täglich Frischwaren in einen großen Einzugsbereich mit unterschiedlicher konfessioneller Prägung liefern. Da werden denn katholische Gemeinden nicht versorgt, weil in evangelischen Gemeinden Feiertag ist, und umgekehrt. Diese Spaltung Bayerns durch unterschiedliche Feiertage kommentiert einer der Befürworter einer einheitlichen Regelung, die Katholische Arbeitnehmerbewegung, mit den Worten: „Die gestückelte Feiertagsregelung belastet und benachteiligt die betroffenen Arbeitnehmer, verursacht erhebliche Störungen des Betriebsablaufs und gefährdet Arbeitsplätze.“ Der Gesetzgeber sollte deshalb die bislang nur gesetzlich geschützten heiligen Feiertage aufwerten, damit es zu einer einheitlichen Regelung komme.

In der Diskussion um die Feiertagsvereinheitlichung hatte die SPD im Landtag bereits im Mai vorigen Jahres einen Vorstoß unternommen, allerdings ohne Erfolg. Auch die beiden Konfessionen traten, wie ein Gedankenaustausch zwischen Kardinal Ratzinger und Landesbischof Hanselmann ergab, für einheitliche Feiertage ein. Um so überraschender kam dann im Juni ein Gesetzentwurf der CSU-Fraktion, mit der diese von ihrer bislang ablehnenden Haltung ebrückte. Mit ihrer Bereinigung des Feiertagsrechts will die Mehrheitsfraktion die halben Feiertage Fronleichnam, Mariä Himmelfahrt, Allerheiligen sowie den Buß- und Betttag zu vollen Feiertagen aufwerten. Denach gäbe es in Bayern ebenso wie im Saarland mit 14 Tagen die meisten Feiertage. Nach den beiden Spitzenreitern folgt übrigens Baden-Württemberg mit 13 freien Tagen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz mit 12 Tagen, Hessen mit 11 Tagen und die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sowie Schleswig-Holstein und Niedersachsen mit jeweils 10 Feiertagen.

Der Wunsch nach dieser einheitlichen Regelung stieß freilich bei der Wirtschaft auf scharfen Widerstand. So rechnete die Vereinigung der Arbeitgeberverbände aus, daß bei einer Ausweitung des Feiertagskalenders 50 Millionen Arbeitsstunden ausfallen würden. Die Arbeitgeberseite würde dies rund 750 Millionen DM mehr Löhne und Gehälter kosten und einen Produktionsausfall von rund über einer Milliarde DM ausmachen. Die Maximalforderung von 14 Feiertagen würde zu Wettbewerbsverzerrungen führen, „eine Ausweitung der Feiertage könnte die vergleichsweise günstige wirtschaftliche Entwicklung Bayerns der letzten Jahre jäh beenden“, warnte die Informationszentrale der Bayerischen Wirtschaft. Von kirchlicher Seite wurde dem mit dem Hinweis entgegnet, daß bereits heute 79 Prozent der Bevölkerung in den Genuß der drei katholischen Feiertage kommen, demnach ergäbe sich rein rechnerisch bei einer Ausweitung nur ein Ausfall von 0,7 Arbeitstagen im Jahresdurchschnitt. Aufgrund des Verfassungsgrundgesetzes von der Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen sei eine Vereinheitlichung dringend geboten, ebenso aus historischen Gründen: Die Alten hätten sich durch Feiertage jene Freizeit erettet, die man jetzt mühsam durch Tarifverträge sichern müsse. Überdies sei die Polemik der Wirtschaft überzogen in einer Zeit, wo sich bei einer Urlaubsausweitung kein Mensch mehr aufrege. Vollständig abgelehnt werden von den Kirchen im übrigen Kompromißvorschläge mit dem Ziel, feste Feiertage auf einen folgenden Sonntag zu verlegen, und dies nicht nur aus theologisch-liturgischen Gründen: „Ein verschobener Feiertag ist ein aufgegebener.“ Man könne auch nicht – so Kardinal Ratzinger – „Feiertage, die in der Tradition unseres Volkes fest behelmetet sind, beliebig verändern oder unterdrücken.“ Auch wenn damit wirtschaftliche Nachteile verbunden seien, müsse man zu einer einheitlichen Regelung von 14 Tagen kommen.

Im Landtag, dem zahlreiche Stellungnahmen der verschiedensten Verbände vorliegen und in denen auch mit einem Volksbegehren für den Fall der Ablehnung der 14 Feiertage gedroht wird, ist die CSU-Fraktion in dieser Frage gespalten. Eine Mehrheit in der CSU tritt ebenso wie die SPD für 14 Tage ein, eine Minderheit ebenso wie die F. D. P. lehnt die Maximalforderung ab. Von Ministerpräsident Streuß erwartet man, daß er sich jedenfalls nicht querlegen, denn – so ein Kirchenvertreter – „der feiert selber viel zu gerne Feste!“

Michael Gscheidla

Finanzausgleich der Kassen

Der Bundesverband der Ortskrankenkassen dürfte wohl ein freundlicheres Echo auf seine Untersuchungen über die „Entwicklung der Risikostrukturen im gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung“ erwartet haben. Die übrigen Kassenverbände, voran die Ersatzkassen, heben jeden zusätzlichen Finanzausgleich strikt abgelehnt. Selbst aus dem Lager der Ortskrankenkassen waren kritische Stimmen zu vernehmen. Die Politiker haben sich eher zurückgehalten. F.D.P. und CDU/CSU heben deutlich gemacht, daß sie es ablehnen, was das gegliederte System gefährden könne. Bundesarbeitsminister Ehrenberg hat freilich in einer Journalistenrunde kein Hehl daraus gemacht, daß er größere Beitragsunterschiede zwischen den Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen nicht zulassen will. Und der Obmann der SPD-Bundestagsfraktion im Sozialausschuß, Jürgen Egert, hat damit gedroht, daß die „verzerrte Risikoverteilung“ zwischen den Kassen notfalls durch den Gesetzgeber bereinigt werden müsse. So einfach ist das also.

Dennoch hat der Bundesverband der Ortskrankenkassen erreicht, was sein Nahziel ist: den Politikern und der Öffentlichkeit soll bewußt gemacht werden, daß die Ortskrankenkassen glauben, auf längere Sicht ihre finanziellen Probleme nicht allein bewältigen zu können. Ein Thema problematisieren, nennt man das heute. Politiker pflegen „heiße Eisen“ heute je nur noch anzufassen, wenn sie wissen, daß sie die Bürger nicht unvorbereitet treffen. Die Rechnung des BdO könnte aufgehen: wenn er für die nächste Legislaturperiode Strukturveränderungen in der Krankenversicherung wünscht, so muß er schon heute dafür werben und politisches Bewußtsein wecken. Wer nach der Wahl 1980 nicht in die Regierungsankündigung geschrieben wird, hat wenig Chancen, bis Ende 1984 verwirklicht zu werden. Das jedenfalls hat als gesicherte Erfahrung im Umgang mit der heutigen Koalition zu gelten. Dem BdO bleibt also nur ein Jahr zur publizistischen und politischen Aufbereitung des Themas.

Der Startschuß für diese „Problematisierungs-Kampagne“ wurde auf einem

Presseseminar in der Nähe Bonns gegeben. Halten wir uns an das, was der Geschäftsführer des BdO, Dr. Frenz Josef Oldiges, den Journalisten sagte: Der durchschnittliche Beitragssatz der Ortskrankenkassen liegt mit 11,49 Prozent schon heute deutlich über den durchschnittlichen Beitragssätzen der anderen Kassen. So fordern die Ersatzkassen ihren Versicherten 11,22 Prozent, die Innungskassen 11,17 Prozent und die Betriebskrankenkassen 10,45 Prozent ihres Arbeitsentgelts als Beitrag ab. Der durchschnittliche Satz der Ortskrankenkassen dürfte zum Jahreswechsel deutlich weiter steigen, während die Ersatzkassen glauben, 1980 die Beitragssätze stabil halten zu können.

Oldiges sieht darin einen Prozeß der „Entsolidarisierung“ zu Lasten der Regionalkassen. Der soziale Ausgleich funktioniert nicht mehr. Für die politische Diskussion heißt das einprägsam formuliert: die weniger verdienenden Arbeiter haben mehr für den Krankenschutz zu zahlen als die besser verdienenden Angestellten. Das jedenfalls wird suggeriert, obwohl die Wirklichkeit weit differenzierter aussieht. Zumindest bei den RVO-Kassen gibt es eine breite Streuung der Beitragssätze. Sie reicht bei den Ortskrankenkassen von 9,8 bis 13,9 Prozent, bei den Innungskassen von 9,2 bis 13 Prozent und bei den Betriebskrankenkassen sogar von 7 bis 13,8 Prozent. Das einfache Schema: Arbeiter zahlen viel, Angestellte wenig, stimmt also nicht. Dennoch bleibt als Tatsache bestehen, daß die Ortskrankenkassen vor allem in den Gebieten, wo ihre Beitragssätze besonders hoch sind, in ein schlechtes Licht geraten, das auch mit plausiblen Erklärungen nicht aufgehellt werden kann. Oldiges hat eine Reihe solcher Erklärungen perat:

Der Mitgliederbestand bei den Ortskrankenkassen geht zurück, während er bei den Ersatzkassen steigt. Dies ist mit dem Trend zu den Angestelltenberufen zu erklären; dieser kommt den Ersatzkassen zugute. So wechseln viele Berufsanfänger, die als Kinder die Ortskrankenkassen belastet haben, wenn sie verdienen und Beiträge zahlen, zu den Ersatzkassen. Das verbessert deren Altersstruktur und

belastet die Ortskrankenkassen. Das Arbeitsentgelt der Angestellten liegt im Durchschnitt höher als bei den Arbeitern. Bei prinzipiell gleichen Leistungen nehmen die Ersatzkassen bei gleichen Beitragssätzen also mehr ein als die Ortskrankenkassen. Junge Frauen, die als Angestellte zunächst in den Ersatzkassen versichert sind, belasten die Ortskrankenkassen als Mitversicherte vielfach dann, wenn sie Kinder zu betreuen haben und die Erwerbstätigkeit aufgeben.

Die Leistungskraft der einzelnen Ortskrankenkassen wird stark von der regionalen Wirtschaftskraft, aber auch von der medizinischen Versorgungsstruktur bestimmt. Die Arztdichte beeinflusst das Leistungsniveau der einzelnen Kasse. Bei den Ersatzkassen werden solche regionalen Unterschiede bundesweit ausgeglichen, bei den regional gegliederten Ortskrankenkassen dagegen nicht. Die Ortskrankenkassen klagen über den hohen Anteil der mitversicherten Familienangehörigen. Dieses Argument ist freilich nur gegenüber den Ersatzkassen, nicht gegenüber den Betriebs- und Innungskassen zu verwenden. Richtig ist zweifellos, daß insbesondere die Regionalkassen vom Gesetzgeber mit Risiko-Mitgliedern belastet werden.

Mit Vorschlägen hat sich Oldiges zurückgehalten. Allerdings fordert er gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen. Das Kassenarztrecht müsse auch für die Ersatzkassen gelten; Kostenerstattung dürfe es nur auf gesetzlicher Grundlage geben; neue Betriebs- und Innungskassen sollte es möglichst nicht geben. Oldiges verlangt, daß im gegliederten System die organisatorische Selbständigkeit der einzelnen Kasse erhalten bleibt. Für die finanzielle Selbstverantwortung der Kassen hat Oldiges dagegen nicht plädiert. Einen pauschalen Finanzausgleich hat Oldiges weder befürwortet noch strikt abgelehnt. Man könne auch an bestimmte Strukturfaktoren anknüpfen, so z. B. an den Familienfaktor, den Rentnerfaktor, den Krankengeldfaktor oder den Krankenhausfaktor. Auch könne man an einen Wenderausgleich denken, notfalls auch an eine Staatsfinanzierung bestimmter Fremdaufgaben.

Für Ehrenberg gibt es nur zwei Lösungen: entweder werden die unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen angeglichen oder die Unterschiede in der Finanzkraft ausgeglichen. Die scharfe Reaktion aller anderen Kassenarten und der zu erwartende politische Widerstand dürften freilich den Eifer des Ministers, sich mit diesem „heißen Eisen“ die Finger zu verbrennen, dämpfen.

bonn-mot

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

Der 32. Bayerische Ärztetag hat am 14. Oktober 1979 nachstehende Änderungen der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 9. Oktober 1977 (Sondernummer Dezember 1977 „Bayerisches Ärzteblatt“) beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Änderungen mit Schreiben vom 30. Oktober 1979 – Nr. I E 9 - 5012 - 0/7/79 – genehmigt.

1. § 11 Abs. 1 wird durch folgende Fassung ersetzt:

„(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Ärztliche Aufzeichnungen sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“

2. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Die Verpflichtung des Arztes nach § 12 Satz 1 bleibt unberührt, bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung aus-

zusprechen. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über seine Person sind berufsunwürdig.“

b) Als Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Es ist berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber durch unlautere Handlungsweise zu verdrängen.“

c) Die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden die Absätze 3 bis 5.

3. Die vorstehenden Änderungen der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns treten am 1. Januar 1980 in Kraft.

Bad Tölz, den 14. Oktober 1979

gez. Professor Dr. Sewering
Präsident

1179

Korrigiert die Herzmetabolik

Strodival® perlingual

Die richtige perlinguale Applikation von g-Strophanthin gewährleistet eine vollwirksame, zuverlässig steuerbare und praktisch nebenwirkungsfreie Therapie Ihrer Linksherz-Patienten. Besonders beim akuten stenokardischen Anfall sollte STRODIVAL® perlingual wegen seiner Sofortwirkung Anwendung finden.

Strodival® mr magensaftresistent

Für Ihre schleimhautempfindlichen Patienten steht jetzt STRODIVAL® in Form der neuen magensaftresistenten Schluckkapsel zur Dauertherapie von Linksmycardschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herz Wirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

Zusammensetzung: Eine Zerbei-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophilisierter Phase.
Indikationen: Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkatalämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Releitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger iv. Kalziumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen. Bei Strodival® perlingual treten gelegentlich Mundschleimhautreizungen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

wendungsweise: Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2–4 mal täglich 1–2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der Sofortbehandlung: Beim Angina-pectoris-Anfall sofort 2–3 Kapseln zerbeißen; wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4 mal täglich

1–2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbeissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber ½ bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 586 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1486 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 5920 inkl. MwSt.; Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 599 inkl. MwSt.; OP mit 100 Kapseln DM 1585 inkl. MwSt.; OP mit 500 Kapseln DM 5599 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

A. HERBERT KG
Wiesbaden

Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns

Der 32. Bayerische Ärztetag hat am 14. Oktober 1979 nachstehende Änderungen der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 9. Oktober 1977 (Sondernummer Dezember 1977 „Bayerisches Ärzteblatt“) beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Änderungen mit Schreiben vom 30. Oktober 1979 – Nr. I E 9 - 5012 - 0/7/79 – genehmigt.

I. § 2 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nr. 8 wird eingefügt:
„Teilgebiet:
8.1. Phonetrie und Pädaudiologie“
2. Nach Nr. 13 wird eingefügt:
„13. e) Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie“
3. Nach Nr. 22 wird eingefügt:
„Teilgebiet:
22.1 Klinische Pharmakologie“

II. § 2 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nr. 4 wird eingefügt:
„4. e) Flugmedizin“
2. Anstelle Nr. 11 wird eingefügt:
„11. e) Psychoanalyse
11. b) Psychotherapie“

III. § 4 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nr. 13 wird eingefügt:
„13. a) Mikrobiologe und Infektionsepidemiologe oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie“

IV. § 4 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

1. Bei Laboratoriumsmedizin wird eingefügt:
„oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie“
2. Nach Lungen- und Bronchienheilkunde wird eingefügt:
„Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie mit Laboratoriumsmedizin“

V. § 19 Abs. 3 entfällt, er wird wie folgt gefügt:

„Wer bei Einführung einer neuen Bezeichnung in diese Weiterbildungsordnung in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich, für das bzw. für den diese Bezeichnung eingeführt worden ist, innerhalb der letzten 8 Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig tätig war, welche der jeweiligen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht, kann auf Antrag die Anerkennung zum Führen dieser Bezeichnung erhalten. Abweichendes ist in der Anlage zur Weiterbildungsordnung für einzelne Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche bestimmt.“

Der Antrag kann nur innerhalb von 2 Jahren nach Einführung einer neuen Bezeichnung gestellt werden; bei der Entscheidung über den Antrag kann die Kammer auch Zeiten regelmäßiger Berufstätigkeit berücksichtigen, die innerhalb der Antragsfrist abgeleistet wurden. Der Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit für die in Satz 1 angegebene Mindestdauer in

dem jeweiligen Gebiet, Teilgebiet oder Bereich zu erbringen. Aus dem Nachweis muß hervorgehen, daß der Antragsteller in dieser Zeit überwiegend in dem betreffenden Gebiet, Teilgebiet oder Bereich tätig gewesen ist und dabei umfassende Kenntnisse und Erfahrungen in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich erworben hat. Wer bei Einführung der Teilgebietsbezeichnung „Neuropathologie“ in diese Weiterbildungsordnung in diesem Teilgebiet mindestens 5 Jahre regelmäßig tätig war, kann auf Antrag die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“ nur in Verbindung mit der Teilgebietsbezeichnung „Neuropathologie“ erhalten, auch wenn er aufgrund seiner abgeschlossenen Weiterbildung nicht zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“ berechtigt ist.

VI. Abschnitt I der „Anlage zur Weiterbildungsordnung“ wird wie folgt geändert:

1. In Nr. 6, betr. das Gebiet „Dermatologie und Venereologie“, wird unter der Überschrift „Weiterbildungszeit“ nach dem Wort „Stationsdienst“ des Komma durch einen Punkt ersetzt. Der anschließende Halbsatz wird durch folgenden Satz ersetzt:
„Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene dermatologische Strahlentherapie einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.“
2. Nach Nr. 8, betr. das Gebiet „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“, wird als weiterer Untere Abschnitt eingefügt:
„8.1 Teilgebiet Phonetrie und Pädaudiologie
Weiterbildungszeit: 2 Jahre
1 Jahr Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde abgeleistet werden.
Für Anträge nach § 19 Abs. 3 ist eine mindestens 3jährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.“

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Sprach- und Stimmstörungen sowie Hörbehinderungen im Kindesalter.“

3. In Nr. 12, betr. das Gebiet „Laboratoriumsmedizin“, wird unter der Überschrift „Definition“ die bisherige durch folgende Gebietsbeschreibung ersetzt:

„Die Laboratoriumsmedizin umfaßt die Beratung und Unterstützung der in der Vorsorge und in der Krankenbehandlung tätigen Ärzte bei der Erkennung von Krankheiten und ihre Ursachen, bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes, bei der Bewertung there-

peutischer Maßnahmen durch die Anwendung und Beurteilung morphologischer, chemischer, physikalischer, immunologischer und mikrobiologischer Untersuchungsverfahren von Körpersäften, ihrer morphologischen Bestandteile sowie von abgeschiedenem und ausgeschiedenem Untersuchungsmaterial zur Erkennung physiologischer Eigenschaften und krankhafter Zustände sowie zur Verlaufskontrolle einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprüfungen und diagnostischen Eingriffe.“

4. In Nr. 12, betr. des Gebiet „Laboretortumsmedizin“, wird die Formulierung unter der Überschrift „Inhalt der Weiterbildung“ wie folgt gefaßt:

„Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen, medizinischen, physikalischen und chemischen Grundlagen des Gebietes, den Routineverfahren der medizinischen Chemie, der medizinischen Physik, der medizinischen Mikrobiologie, der medizinischen Mikroskopie, der medizinischen Immunologie und Blutgruppen-serologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in speziellen Untersuchungsmethoden der Laboratoriumsmedizin einschließlich nuklearmedizinischer Laboretortumsuntersuchungen.“

5. Nach Nr. 13 wird als neuer Unterabschnitt eingefügt:

13. e) „Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie“
Definition:

Die Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie umfaßt die Laboratoriumsdiagnostik mikrobiell bedingter Erkrankungen und die Aufklärung ihrer epidemiologischen Zusammenhänge und Ursachen, die Unterstützung der in der Vorsorge, in der Krankenhausbehandlung und im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte bei der Diagnose von Infektionskrankheiten, ihrer Prophylaxe und Bekämpfung sowie bei der mikrobiologischen Bewertung antimikrobieller Substanzen.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre an einer Universitätsklinik, einem zugelassenen Krankenhaus, einer zugelassenen Krankenhausabteilung oder einer zugelassenen Einrichtung,

devon 1 Jahr klinische Tätigkeit in der Chirurgie oder Inneren Medizin oder Pädiatrie,

4 Jahre Mikrobiologie, angerechnet werden kann bis zu 1 Jahr Tätigkeit in Hygiene.

Während der gesamten Weiterbildungszeit muß fortlaufende Zusammenarbeit mit den Ärzten der klinischen Abteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Intensivmedizin) gewährleistet sein.

Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Prophylaxe und Epidemiologie von Infektionskrankheiten, in den theoretischen Grundlagen und diagnostischen Verfahren der Bakteriologie, Virologie, Serologie, Immunologie von Infektionskrankheiten und der mikrobiologischen Bewertung therapeutischer und desinfizierender Substanzen, in der Erkennung, Prophylaxe und Bekämpfung von Krankenhaus-Infektionen.“

6. Nach Nr. 22, betr. des Gebiet „Pharmakologie“, wird als neuer Unterabschnitt eingefügt:

„22.1 Teilgebiet: Klinische Pharmakologie
Weiterbildungszeit: 2 1/2 Jahre

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Pharmakologie erbracht werden. Mindestens 1 1/2 Jahre dieser Zeit müssen in enger Verbindung mit klinischen Abteilungen absolviert werden.

Für Anträge nach § 19 Abs. 3 ist eine mindestens 3jährige Tätigkeit im Teilgebiet nachzuweisen.

Inhalt der Weiterbildung:

Durchführung von Wirkungsanalysen von Arzneimitteln am Menschen und der klinischen Prüfung (Phase 1–4) einschließlich der Bewertung von Arzneimitteln gem. AMG in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt.

Beratung in arzneitherapeutischen Fragen und bei Vergiftungen, Durchführungen von Arzneimittelbestimmungen in Körperflüssigkeiten des Menschen zur Steuerung der Therapie und der Arzneimittel-epidemiologie. Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.“

VII. Abschnitt II der „Anlage zur Weiterbildungsordnung“ wird wie folgt geändert:

1. Nach Nr. 4 wird als neuer Unterabschnitt eingefügt:

„4. e) Bereich und Zusatzbezeichnung „Flugmedizin“

1. a) 2jährige Weiterbildung in der Inneren Medizin oder

Vor Ihrer Niederlassung sollten Sie rechtzeitig mit uns sprechen.

Wir beraten Sie in allen Versicherungs- und Finanzierungsfragen, wie z. B. Praxisabsicherung, Arzthaftpflicht, Hausrat-Neuwert-Versicherung, Ärzte-Unfall.

Wir sind im gesamten bayerischen Raum präsent.

Wenden Sie sich an unseren Mitarbeiter Herrn Georg C. Klughardt.

Telefon (089) 714 32 00 oder (0911) 83 42 89 oder senden Sie diesen Coupon an unser Büro München Süd, Stiftsbogen 41 8000 München 70.

Fachrichtung

Meine
Anschrift

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht



VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE Bayerischer
Versicherungsverband
VERSICHERUNGSKAMMER

- b) 5jährige Tätigkeit unter Leitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes in einem flugmedizinischen Institut.
- 2. Teilnahme an einem mindestens 4wöchigen Einführungslehrgang in die Flugmedizin.
- 3. Erwerb eines Luftfahrerscheines.
- 4. Cockpit-Erfahrungen in großen Verkehrsflugzeugen bei Flügen über mehrere Zeitzonen.

Ärzte, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmung der Weiterbildungsordnung mindestens 5 Jahre Leiter einer fliegerärztlichen Untersuchungsstelle für Berufstflugzeugführer waren, können auf Antrag die Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Flugmedizin“ erhalten.“

- 2. In Nr. 12, betr. Bereich und Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“, wird der bisherige durch den folgenden Anforderungskatalog ersetzt:

- „e) Teilnahme an von der Ärztekammer anerkannten Einführungskursen in Theorie und Praxis der Leibesübungen von insgesamt 120 Stunden Dauer

Teilnahme an von der Ärztekammer anerkannten sportmedizinischen Kursen von insgesamt mindestens 120 Stunden Dauer

1jährige praktische sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder Sportverband oder

- b) eine 1jährige genztägige Weiterbildung in einem sportmedizinischen Institut unter Leitung eines ermächtigten Arztes.“

- 3. In Nr. 15, betr. Bereich und Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“, wird der bisherige durch den folgenden Anforderungskatalog ersetzt:

- „1. Teilnahme an einem Kurs über Tropenkrankheiten und medizinische Parasitologie in einem der Tropeninstitute in Hamburg, Amsterdam, Antwerpen, Basel, Liverpool, London und Marseille von mindestens drei Monaten Dauer.

- 2. Eine mindestens 1jährige Tätigkeit außerhalb der Tropen in einem Tropenkrankenhaus, einer tropenmedizinischen Fachabteilung oder der klinischen Ambulenz eines Tropeninstitutes.

- 3. Eine 1jährige praktische Tätigkeit in den Tropen in einer klinischen Ambulenz auf einer allgemeinen Krankenstation oder auf einer Station für Innere oder Kinderkrankheiten, soweit die Behandlung von Tropenkrankheiten dort einen wesentlichen Anteil der ärztlichen Tätigkeit ausmacht.

Bei Nachweis einer mindestens 5jährigen ärztlichen Tätigkeit in tropischen Ländern kann die Genehmigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ auch erteilt werden, wenn der tropenmedizinische Kurs nicht nachgewiesen werden kann.“

VIII. Übergangs- und Schlußbestimmungen:

- 1. Soweit durch vorstehende Änderungen der Weiterbildungsordnung Gebiete, Teilgebiete oder Bereiche neu eingeführt werden, gilt § 19 Absatz 4 der „Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns“ mit der Maßgabe, daß anstelle des Inkrafttretens der Weiterbildungsordnung das Inkrafttreten vorstehender Änderungen tritt.

- 2. Soweit sich durch die vorstehende Änderung der Weiterbildungsordnung die inhaltlichen oder zeitlichen Anforderungen an den jeweiligen Weiterbildungsgang erhöhen, gilt dies nicht für die Ärzte, die ihre jeweilige Weiterbildung vor Inkrafttreten der Änderung der „Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns“ begonnen haben.

IX. Inkrafttreten:

Abschnitt II, Nr. 2 der vorstehenden Änderungen tritt am 1. Januar 1979 in Kraft; im übrigen treten die vorstehenden Änderungen der „Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns“ am 1. Januar 1980 in Kraft.

Bed Tölz, den 14. Oktober 1979

gez. Professor Dr. Sewering
Präsident

Leichte und
mittelschwere
Herz-
insuffizienzen

CONVASTABIL®

zur risikolosen Dauertherapie in der ambulanten Praxis.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. Fol. Convallariae 65 g (1 mg Gesamtglycoside pro ml, ber. als Convallatoxin), OXACANT® (Crataeg. oxyacanth.) 35 g.

Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Bei Bedarf bis 3 x 40 Tropfen.

Handelsformen und Preise incl. MWSt.: Tropfen: Flasche mit 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,98; 100 ml DM 22,—.



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,
7615 Zell-Hermersbach/Schwarzwald

Bücher von Ärzten für Ärzte (II)

Es folgt nun der zweite Teil der Buchbesprechungen. Beide Teile erstrecken sich über ein weites Feld der Lyrik, Prosa sowie philosophische und geschichtliche Werke, also eine reiche Auswahl aus der diesjährigen Arbeit unserer Schriftstellerärzte und als eventuelle Weihnachtsgeschenke für jeden etwas.

Wo endet dieser Weg?

Besinnliche und kritische Gedichte

Vert.: Arthur Boskamp, Leinen mit Skizze und Schutzumschlag, 152 S. mit zahlreichen Zeichnungen im Text, 1979, DM 16,80. Verlag Georg Christiansen, Itzehoe.

Der Autor, der erst kürzlich seinen 60. Geburtstag feierte („Bayer. Ärzteblatt“ 8/1979, S. 727), hat nach seinem heiteren Gedichtband „Auf dem Esel reiten“ (s. „Bayer. Ärzteblatt“ 4/1979, S. 364) nun einen solchen mit zeitkritischen Gedichten ernster Natur herausgebracht. Was in dem ersten Gedichtband lustig und auch manchmal etwas spöttisch anklang, wird in diesem nun vertieft und gibt vielerlei Anregungen zur gründlichen Überlegung über die „goldene Zeit“, in der der „neue Mensch“ lebt. Confrère Rossmüller hat in seiner Laudatio zum 60. Geburtstag schon die wichtigsten Kapitel einer tiefgründigen Analyse unterzogen, so daß der Referent sich hier auf einige kurze Proben beschränken kann. „Du goldne Zeit/ die Bomben schuf/ Um ganze Städte jählings zu zerstören/ Du brachtest auch Zement und Stahl —/ Welch Glück, daß wir Dir angehören./ — Du goldne Zeit, die Waffen schuf/ Die Menschheit schnell zu dezimieren/ Kunstdünger bringst Du auch und Medizin/ Wer sollte da nicht jubilieren?! — Du goldne Zeit/ die Angst gebar/ In der schon Kinder voller Schrecken träumen/ Du schenktest uns den Tranquilizer auch/ Wie schön, daß wir Dich nicht versäumen.“ Trotz aller beißenden Kritik findet der Autor aber immer wieder Worte der Hoffnung, wie im letzten Gedicht: „Das Schiff der Hoffnung segelt/ Auch heut' noch Tag und Nacht/ Hin bis ans End' der Zeiten/ De vollbracht/ Alles Tun.“ Wer sich ernsthaft mit den schwierigen Problemen unserer Zeit befaßt, wird aus den Gedichten Boskamps reichen Gewinn schöpfen können.

Nur ein Mediziner

Poetische Seitensprünge meiner Wachsaalzeit

Vert.: Hans Peter Hümmel, brosch. mit zahlreichen Zeichnungen des Verfassers

Im Text, 110 S., 1979, DM 10,—. Erlangen im Selbstverlag. Zu beziehen beim Autor: Dr. med. Peter Hümmel, v. Ketteler-Straße 4, 8522 Herzogenaurach, Telefon (0 91 32) 33 03

Der Autor schreibt in seinem Vorwort: „Das ist der Inhalt meines Papierkorbes, in dem Sie blättern: Poesie aus Abfällen, Spottlied aus Lust, Liebeslied aus Kummer; Mitleid, Ärger und Erfahrung; Treuer über die Unvollkommenheit unseres Berufes.“ Seine Gedichte und Kurzgeschichten entstanden im „Wertezimmer“ auf der Intensivstation. „Mitternacht. Um diese Zeit begann ich, zu dichten. Es war nicht verboten meines Wissens, nuscheln durften wir nicht. — Er tippt wieder Sektionsanträge, sagten die Schwestern.“ Seine poetischen Mitternachtsgedanken sind, wie es der Titel sagt, zynisch, manchmal sogar von treffsicherem Sarkasmus und oft von einer tiefgehenden Selbstkritik. Er macht sich ernsthafte Sorgen um seine Kranken, um unseren ärztlichen Beruf und um dessen Ethik. „War es besser so? Mußte es wirklich sein? War der Eingriff indiziert? Na gut, man mußte es auf eine Karte setzen, er hätte nur eine Chance, man hätte das Risiko mit den Eltern besprochen! Verstehen sie es deshalb eher? Fragen ohne Antwort, Redensarten zur eigenen Rechtfertigung. Wir müssen weiter suchen, Wagnisse eingehen, irren, versagen, gewinnen mit Glück und Gottes Hilfe. Vielleicht sollten wir häufiger beten — wie die Eltern für ihr Kind. Aber unsere Liebe ist nicht groß genug.“ Wie es dem verantwortungsbewußten Arzt bisweilen zumute ist, dafür lindet der junge Autor Worte, die man ell' denen ins Stammbuch schreiben sollte, die im Ärzte nur den Beutelschneider sehen wollen: „Manchmal heb' ich die Schnauze voll/ De kommt mir das große Kotzen:/ und nähm' es mein Chef zu Protokoll —/ Ich möchte mir selber trotzen!“ Es ist ein erfreuliches Buch, das mit Überzeugung zum Arztberuf und mit Idealismus geschrieben ist und das den durch die fortschreitende Vermessung des Menschen hervorgerufenen Mangel an überzeugenden Morelvorstellungen schonungslos aufzeigt. Das Buch ist mit

zahlreichen gekonnten „medizinischen“ Tuschezeichnungen vom Autor selbst versehen worden, die gut zum Text passen.

Hildegard von Bingen

Mystische Texte der Gotteserfahrung

Herausgeber: Heinrich Schipperges. Leinen, 216 S., mit einem farbigen Umschlagbild und einer Bildtafel der Hildegard, DM 26,—. Walter Verlag, Olten-Freiburg im Br.

Der international bekannte Heidelberger Professor für Geschichte der Medizin, der sich in zahlreichen Arbeiten mit den Werken, dem Leben und der Weltanschauung der ersten deutschen Naturforscherin und Ärztin befaßt hat, legt uns nun ein kleines, hochinteressantes Lesebuch aus ihren Werken vor, dem er eine längere Einführung voreusschickt. Diese Einführung ist für den Leser notwendig, lebte doch Hildegard von Bingen vor 800 Jahren in einer ganz anderen Welt, in der Bücherschreiben und Vortragsreisen von Frauen etwas ganz Außergewöhnliches und Einzigartiges waren. Der Herausgeber teilt die Auswahl aus Hildegards Werken in drei große Themenkreise ein. Der erste Kreis ist erfüllt von „Licht und Leben“: Vom Werden im Licht, das Wort wird Fleisch, alles Fleisch will leben, im Kreislauf der Natur. Der zweite Kreis betrifft „Wort und Werk“: Der Mensch als Leiblichkeit, von der Verantwortung des Menschen. Der dritte und letzte Themenkreis spricht von „Heilung und Heil“: Vom Geschlechtsverhalten, vom Wesen der Liebe, der Mensch im Widerspruch, Heilkunst als Heilkunde. Dies sind nur einige Zitate der Kapitelüberschriften. Diese sind alle durch Quellen- und Literaturhinweise belegt, auch die Übersetzungen, denn die Originale sind in Latein abgefaßt, was heute nur mehr wenige lesen können. Erfreulich ist, daß der Herausgeber bei schwierigen Stellen die lateinischen Worte in Klammern beigelegt hat. Das Buch soll zum Nachdenken über den Sinn unseres Lebens und dessen Probleme anregen nach den Worten Hildegards: „Wo aber solches Fragen im Menschen nicht ist, da ist auch nicht die Antwort des Heiligen Geistes.“

Lieber bayrisch sterben

Der bayrische Volkseufstand der Jahre 1705 und 1706

Vert.: Christian Probst, Leinen, 480 S. mit 8 farbigen Abbildungen, ca. 20 Strichzeichnungen im Text und 4–5 Karten, im Anhang Bibliographie und Register, 1978, DM 36,—. Süddeutscher Verlag, München. Der Autor ist wissenschaftlicher Rat an der Medizinischen Fakultät der TU München für Geschichte der Medizin und me-

dizinische Soziologie. Er schreibt in seinem Vorwort: „Diese Gesamtdarstellung wurde auf der Grundlage der älteren und neueren Untersuchungen und anhand der zahlreichen Quellenveröffentlichungen erarbeitet. Sie will, nachdem die Vorgeschichte ausführlich behandelt und den Rahmen der allgemeinen politischen Verhältnisse kurz umrissen hat, nicht nur die militärischen Ereignisse vor dem politischen Hintergrund nachzeichnen, sondern vor allem auch die sozialgeschichtlichen Aspekte, die Beteiligung der verschiedenen Schichten und Gruppen des Volkes, Leiden, Denken und Handeln des kleinen Mannes im Krieg und im Aufstand, sowie auch die unterschiedlichen Standpunkte, Interessen und Ziele der gegnerischen Parteien beleuchten und verständlich machen.“ Der große Wert dieses Geschichtswerkes liegt meines Erachtens darin, daß die große Politik nur als Einführung in den ersten Kapiteln dargestellt wird, während der Hauptteil sich mit den leidvollen Problemen der einfachen Bürger bei einer Feindbesatzung befaßt, die der Kurfürst Max Emanuel nach dem endgültigen Zusammenbruch der bayerischen Waffenmacht 1704 durch seine Flucht nach Holland ihrem Schicksal überlassen hat. Bayern umfaßte damals etwa die heutigen Kreise Ober- und Niederbayern und die Oberpfalz. Es wurde von österreichischen Truppen besetzt. Man liest viel vom „gnadenlosen Zusammenhauen, plündern, rauben, pressuren, brandsteuer und Geiselnahmen hoher Persönlichkeiten wie Äbte, die dann gegen entsprechendes Lösegeld freigekauft wurden.“ Im Bayerischen Baurm Vaterunser jener Zeit heißt es u. a.: „Sie sengen und reuben in eim Jahr/ Und wenn sie könnten euch soger ‚Dein Reich/ Herr! wenn du sie thätst eil erschlegen/ Wir Beuren würden mit Freuden segen: ‚Dein Wille geschehe.‘“ Der bayerische Volkseufstand jener Jahre ging vom Volke aus und richtete sich gegen die österreichische Besatzungsmacht. Der im Exil lebende Kurfürst erfuhr davon erst nach dessen Niederschlagung. Es ist erstaunlich, wie sehr der Kurfürst trotz seiner Flucht aus Bayern vom Volke noch verehrt wurde und wie heftig der Aufstand überall aufflammte. Der geschichtlichen Forschung fällt auch die Legende vom 70jährigen Schmelde von Kochel zum Opfer. Die Sage beruht vermutlich auf einer Verwechslung, die durch Literaten und Kunstmaler zur Zeit Ludwigs I. verbreitet wurde. Das Buch bringt viel Unbekanntes aus der bayerischen Geschichte und ist trotz der darin häufig vorkommenden Mord-, Raub- und Geiselnahmegegeschichten allen historisch interessierten Kollegen und deren Familienangehörigen wärmstens zu empfehlen.

Glaube, Religion und Wissenschaft

Verf.: Werner Freytag, 236 S. mit 11 Abb., Genzleinen, geb., mit zweifarbigen laminierten Schutzumschlag. 1979, DM 29,80. Orion-Heimreiter-Verlag GmbH, 6056 Hausenstamm.

Der Autor ist den Lesern des „Äskulep und Pegasus“ bekannt durch Besprechungen von verschiedenen seiner Bücher, die er in den letzten Jahren veröffentlicht hat und die zum Teil hohe Auflagen erreichten. Er ist promovierter Arzt und Biologe. Zum vorliegenden Buch schreibt er im Vorwort: „Hier möchte ich bemüht sein – nach einem kurzen Überblick über die Entwicklung religiöser Vorstellungen zu Glaubensgemeinschaften –, über naturwissenschaftliche wie biologische Tatsachen zu einer neuen Religion hinzuführen, die, ohne Unwahrscheinlichkeit, einen festeren Halt für Menschen und Völker zu vermitteln vermag. Achtung vor den Gesetzen der Natur, Demut vor dem Wunderbaren im Kosmos und dem Leben soll uns einer Sublimierung des Menschseins näher bringen. Ethisches Weiterleben, Humanität und soziales Handeln müssen eine gefestigtere, glaubwürdigere Basis im Zusammenleben aller Völker neu begründen. Das bedeutet kein Abwenden von den grundlegenden Werten des Christentums, sondern ein klares Erkennen des Wesentlichen echter Religion – frei von Mythologischem, frei von Unwahrscheinlichkeiten, frei vom Dogma, das, im Institutionellen erstarrt, sich von der Wirklichkeit entfernt hat. Eine Lebenslehre, die im Einklang mit der Entwicklung der Naturwissenschaften steht, wird imstande sein, jedem Menschen ein festes Fundament und Harmonie zu schenken.“ Freytag geht zunächst in größeren Kapiteln auf die vorchristlichen Glaubensgemeinschaften, die außereuropäischen Weltreligionen, Christentum, „moderne“ Glaubensgemeinschaften und Sekten ein, um dann in einem Kapitel die „Naturwissenschaft als Fundament oder Erkenntnis“ darzustellen. Dem schließt sich dann sein „Modell einer neuen Religion“ an und im letzten Absatz beschäftigt er sich mit der ewig ungelösten Frage des Weiterlebens nach dem Tode. Am Schluß des Buches befindet sich ein ausführliches Literatur- und Abkürzungsverzeichnis und ein 33 Seiten langes Fremdwörterverzeichnis mit Wortbedeutungen. Das Buch ist in klaren und prägnanten Sätzen nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ohne irgendwelche Emotionen verfaßt. Es regt jeden Arzt an, sich über das Thema des Buches seine Gedanken zu machen.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Kongresse

Tagung der Münchener Ophthalmologischen Gesellschaft

am 8. Dezember 1979 in München

Themen: Beratung bei genetisch bedingten Augenkrankheiten – Hornhautdystrophie – Operationszeitpunkt bei Schielkindern – Behandlung der frühkindlichen Tränenwegsstenose – Endothelmikroskopie – Zur Prognose des Uvea-Melanoblastoms – Kontroverse Meinungen zur Enukleation bei Uvea-Melanoblastom – Kurzvorträge – Audiovisuelles Programm
Zeit und Ort: 15.00 bis ca. 17.45 Uhr – Hörsaal der Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8

Auskunft:

Professor Dr. O.-E. Lund, Direktor der Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-38 01

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV) vom 1. März 1973

Grundkurs in zwei Teilen (3.1.1 der Richtlinien)

am 18./19. und 25./26. Januar 1980

Veranstalter: Radiologisches Zentrum Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. Zeitler)
Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17

Teilnahmegebühr: pro Kurs DM 100,–

– Im Oktober 1980 (genauer Termin wird noch bekanntgegeben) findet der „Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen“ in zwei Teilen (3.1.2 der Richtlinien) statt. –

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-26 69 oder 3 98-25 40

Onkologische Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Therapie maligner Tumoren“

am 16. Februar 1980 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. G. Hartwich, Erlangen

Zeit und Ort: 9.00 Uhr – Medizinische Universitätsklinik Erlangen, Krankenhausstraße 12

Auskunft:

Privatdozent Dr. G. Hartwich, Medizinische Universitätsklinik Erlangen, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09 131) 85-33 98

Klinische Fortbildung in Bayern

in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Auskunft, Anmeldung und ausführliches Programm (soweit nicht anders angegeben):

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

Januar bis Oktober 1980

25. - 27. Januar
Ernährungsmedizin, Bad Naustadt/
Saale

21./22. März
Gynäkologie, München

14./15. Juni
Ergometrie, Höhenried

25./26. Oktober
Ergometrie, Höhenried

Ernährungsmedizin

Kurparkklinik Bad Neustadt/Saale
Kursleitung: Chefarzt Privatdozent Dr. F. Matzkies

Ernährungsmedizinisches Seminar vom 25. bis 27. Januar 1980

Zeit: 25. Januar: 18.00 - 20.00 Uhr
26. Januar: 9.00 - 17.00 Uhr
27. Januar: 9.00 - 12.00 Uhr

Thema: Derzeitiger Stand der Ernährungslehre

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldeschluß: 10. Januar 1980

Auskunft und Anmeldung:
Privatdozent Dr. F. Matzkies, Kurhaus-
straße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon
(0 97 71) 50 48

Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhen-
ried für Herz- und Kreislaufkrankheiten
der LVA Oberbayern
Chefarzt: Dr. H. Hofmann

**Ergometriewochenenda am 14./15. Juni
und am 25./26. Oktober 1980**

Das Programm umfaßt praktische Übungen
sowie Referate über die theoretischen
Grundlagen der ergometrischen Belastungs-
prüfungen und ihre heutige Bedeutung
in Klinik und Praxis.

Teilnahmegebühr: DM 60,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhen-
ried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58)
24-369 bzw. 370

Gynäkologie

I. Frauenklinik und Hebammenschule der
Universität München

Direktor: Professor Dr. J. Zander, Mai-
straße 11, 8000 München 2

in Verbindung mit dem Tumorzentrum
München

**Fortbildungsveranstaltung für Gynäkolo-
gie am 21./22. März 1980**

Thema: Des Ovarialkarzinom (Diagnostik,
Therapie und Nachsorge)

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. K. J. Lohe, I. Frauen-
klinik der Universität München, Mai-
straße 11, 8000 München 2, Telefon (0 89)
5 39 71

IV. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

vom 23. bis 26. Januar 1980 in Köln

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. P. Wolff, Professor Dr. O. Lippross,
Gehaimrat Professor Dr. Dr. h. c. C. E. Alken, Dr. P. E. Odenbach

Veranstalter: Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern)

Mittwoch, 23. Januar 1980

Eröffnung des IV. Interdisziplinären
Forums und Verleihung des Fortbildungs-
filmpreises 1979 der Bundesärztekammer

Thema I: Entzündliche und stoffwechsel-
bedingte rheumatische Erkrankungen

Donnerstag, 24. Januar 1980

Thema II: Katastrophenmedizin und me-
dizinische Versorgung im Zivilschutz (ein-
schließlich Kernkraftkatastrophen)

Thema III: Indikationen, Kontraindikati-
onen und Durchführung der Langzeitthera-
pie mit Antikoagulantien

Thema IV: Aussagewert und Grenzen
neuerer Diagnostikverfahren (Ganzkör-
per-Computertomographie - Sonogra-
phie)

Freitag, 25. Januar 1980

Thema V: Präkanzerosen

Thema VI: Mammakarzinome, Karzinome
der Frau im Becken (Therapie und Nach-
sorge)

Thema VII: Fortschritte in der Chirurgie
endokriner Organe

Thema VIII: Schocklunge

Samstag, 26. Januar 1980

Thema IX: Neue Erkenntnisse zu den
wichtigsten, durch Arbeits- und Umwelt
verursachten Erkrankungen

Das Interdisziplinäre Forum „Fortschritt
und Fortbildung in der Medizin“ hat die
Aufgabe, allen in der ärztlichen Fortbil-

dung verantwortlichen tätigen - oder an
ihr interessierten - Kolleginnen und
Kollegen diejenigen neuen Erkenntnisse
medizinischer Forschung zu vermitteln,
die soweit als gesichert gelten, daß sie
im Krankenhaus und Praxis angewandt
werden könnten und sollten.

Ziel des Forums ist, Weg und Zeit zwi-
schen der Entdeckung gesicherter neuer
Erkenntnisse und Methoden und deren
Anwendung durch den Arzt abzukürzen.
Dazu gehört auch die Diskussion dar-
über, welche Methoden als veraltet auf-
gegeben werden müssen.

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer,
Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Tele-
fon (02 21) 40 04 - 234/235

12. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen

am 2./3. Februar 1980 in Erlangen

Hauptthema: Schleimhautreaktionen und
ihre funktionelle Behandlung

Auskunft:

Professor Dr. M. E. Wigand, HNO-Univer-
sitätsklinik, Waldstraße 1, 8520 Erlangen,
Telefon (0 91 31) 85-31 41

Fortbildungskurs für Röntgenhelfer (-Innen)

vom 14. bis 25. April 1980 in Erlangen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnehmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 272

Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg

am 26. Januar 1980 in Würzburg

Programm:

Falldemonstrationen – Diskussion der Fälle – Zur Differentialdiagnose maligner Hauttumoren (Professor Dr. H.-J. Bandmann, München)

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H. Röckl, Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01-1

Seminare am Deutschen Krankenhausinstitut

1. Führungsseminar „Bessere Verständigung und Zusammenarbeit durch Kommunikation“ vom 8. bis 11. Januar 1980
2. Organisationsmethodenseminar „Arbeitsteilung und Aufgabengliederung“ vom 21. bis 23. April 1980
3. Organisationsmethodenseminar „Rationalisierung und Qualitätssicherung in der Beschaffung“ vom 23. bis 25. April 1980
4. Managementseminar „Mitarbeiterführung im Krankenhaus“ vom 6. bis 15. Oktober 1980

Auskunft und Anmeldung:

Deutsches Krankenhausinstitut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30, Telefon (02 11) 43 44 22/24

7. Internationales Kissinger Kolloquium

am 25./26. April 1980 in Bad Kissingen

Themen: Ikterus-Cholestase – Dünn- und Dickdarmerkrankungen

Auskunft:

Heinz Kerk-Klinik für innere Medizin, Postfach 21 80, 8730 Bad Kissingen, Telefon (09 71) 40 41

Schnell informiert

Verschreibungspflichtigkeit von Arzneimitteln

Wiederholungsvermerk

Die Belleterung von Rezepten, welche den Vermerk z. B. „zu wiederholen“ oder „wiederholbar bis zum ...“ tragen, durch den Apotheker führt zu Schwierigkeiten und Unstimmigkeiten mit den Apothekleitern, da dieser unbestimmte Vermerk nicht der Vorschrift des § 3 der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln gemäß § 35 des Arzneimittelgesetzes entspricht. Daneben darf in diesen Fällen die Arzneiverordnung nur einmal wiederholt und somit nur noch ein weiteres Mal beliefert werden. Es ist deshalb darauf zu achten, daß der Arzt auf dem Rezept eindeutig vermerkt, wie oft das verordnete Mittel wiederholt abgegeben werden soll.

– BLAK –

Friedrich Merz †

Kurz vor Vollendung seines 95. Lebensjahres ist Friedrich Merz, Apotheker und Chemiker, verstorben. Er gründete die Firmengruppe Merz + Co., die im Jahre 1908 aus einem Zwei-Mann-Betrieb entstand und heute über 800 Mitarbeiter beschäftigt.

Tetracyclin-Antibiotika

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft bewilligte Professor Dr. C.-J. Estler, Leiter des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Erlangen-Nürnberg, und seinem Mitarbeiter Dr. R. Böcker eine Beihilfe von DM 21 390. Sie wollen in einer systematischen Analyse versuchen, einen Zusammenhang zwischen der Hepatotoxizität und der Gegenwart bestimmter Sexualhormone nachzuweisen. Dabei soll geklärt werden, ob bestimmte Sexualhormone entweder mit den Tetracyclinen synergistisch wirken oder umgekehrt eine Schutzfunktion gegenüber diesen Antibiotika besitzen. Gleichzeitig soll mit einem am Institut entwickelten hochempfindlichen Nachweisverfahren geprüft werden, ob die Aufnahme der Tetracycline, die Verteilung im Körper und ihre Ausscheidung durch körpereigene oder körperfremde Substanzen verändert werden. Die Untersuchungen dienen als Basis für spätere Untersuchungsreihen, mit denen auf molekularer Ebene der Angriffspunkt und Wirkungsmechanismus der Tetracycline im Leberzellstoffwechsel geklärt werden sollen.

Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

9. bis 22. März 1980 in Badgastein:

Thema: 25 Jahre wissenschaftlicher Fortschritt in der angewandten Medizin – Bewährtes und Neues

10. bis 22. März 1980 in Davos:

Thema: Die ärztliche Diagnose – Wege zur gezielten, zeitsparenden und kostendämpfenden Präzisionsdiagnostik

31. März bis 12. April 1980 in Meran:

Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

1. bis 14. Juni 1980 in Grado:

Thema: Der Notfall – Akutdiagnostik und Akuttherapie

21. Juli bis 2. August 1980 in Davos:

Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation

24. August bis 6. September 1980 in Grado:

Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

25. August bis 6. September 1980 in Meran:

Thema: Wird noch bekanntgegeben werden

26. bis 28. September 1980 in Augsburg:

IX. Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 66. Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongressbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 234 und 40 04 - 235

Das Kunststück, die Inflation zu überrunden

Geld, das Sie zurücklegen, wird anderen als Kredit gegeben. Von dem Zins für jenen Kredit wird Ihr Sparzins finanziert, eine notwendige Spanne für Ihr Kreditinstitut einkalkuliert.

Was davon übrigbleibt, reicht nicht, die Inflationsrate zu überrunden, wenn Sie die Erträge aus Ihren Anlagen versteuern müssen – und was bleibt Ihnen anderes übrig?

Sie müssen bei einem Einkommensteuer-Spitzenatz von 50 Prozent einen Kapitalertrag von zehn Prozent erzielen, um nach der Steuerforderung für diese Rendite allein die Inflationsrate auszugleichen. Sie können Ihr Geld zur Zeit zu mehr als zehn Prozent im Ausland unterbringen, aber wenn zum Zeitpunkt der Rückzahlung der Wechselkurs der entsprechenden Währung zur deutschen stark abgesackt ist, können Sie trotz des höheren Zinssatzes eine Einbuße erlitten haben.

Dagegen erhandeln Sie sich voraussichtlich erhebliche Vorteile durch einen Anschluß an ein Anlagensystem, das ganz legale Vorteile kumuliert.

Sie beteiligen sich in Form eines Kommanditanteils an einem geschlossenen Immobilienfonds an einem gewerblich genutzten Wolkenkratzer mit langfristig vertraglich verpflichteten Mietern erster Adressen, die einer Wertsicherungsklausel im Mietvertrag zugestimmt haben, durch die Erhöhungen der Bewirtschaftungs-, Instandsetzungs- und Verwaltungskosten zumindest aufgefangen werden.

Im Jahr der Anlage können Sie mit einer Abschreibung von 50 Prozent des Anlagebetrages von Ihrem steuerpflichtigen Einkommen rechnen. Das sind bei einer Anlagesumme von 100 000 DM eben 50 000 DM. Bei 50prozentigem Einkommensteuer-Spitzenatz zahlen Sie also dem Finanzamt 25 000 DM weniger und bar zugunsten der Anlage ein.

Für die restlichen 75 Prozent nehmen Sie einen Kredit auf zwölf Jahre mit einer festen Zinszusage während der

gesamten Dauer auf. Die Zinsen für diesen Kredit mindern Ihre Einkommensteuer, so daß Sie dafür netto bei 50prozentigem Spitzenatz beispielsweise nur die Hälfte zu entrichten haben. Diese Hälfte ist weniger, als Sie aus der Anlage als Ertrag beziehen. Sie bekommen also mehr, als Sie an Zinsen hinzulegen haben.

Diesen Vorteil können Sie sich die ganzen zwölf Jahre hinweg erhalten. Sie bleiben über diesen Zeitraum bei der vollen Kredithöhe, tilgen also zwischendurch nicht. Für den Zweck der Tilgung schließen Sie vielmehr einen Lebensversicherungsvertrag mit zwölfjähriger Dauer ab. Die Beiträge dafür werfen Ihnen steuerfreie Gewinnanteile ab. Wenn sie in mehrjährigen Abständen gegen den Beitrag aufgerechnet werden, ermäßigt sich Ihr Lebensversicherungsvertrag entsprechend periodenweise.

Aus der Lebensversicherung haben Sie nach den zwölf Jahren einen Schlußgewinn zu erwarten. Zudem wäre im Falle Ihres Todes während jenes Jahrzwölfts die Anlage sofort schuldenfrei. Ihre Hinterbliebenen könnten daraus unverzüglich eine steuerbegünstigte Zusatzrente beziehen.

Diese Zusatzrente wird Ihnen vom dreizehnten Jahr an monatlich ausgezahlt. Durch die Mietsteigerungen aufgrund der Wertsicherungsklausel dürfte sie höher ausfallen als anfangs errechnet und aus demselben Grunde auch künftig steigen. Zudem ist Ihr Anteil erstens voraussichtlich wegen der allgemeinen Kostenerhöhungen und zweitens wegen der zwischenzeitlichen Tilgung der Fremdmittel, die der Fonds noch für das Haus aufgenommen hatte, wertvoller geworden.

Diesen Rentenanspruch haben Sie wegen der Ausnutzung der Steuervorteile zu einem niedrigen Einstandspreis erworben. Natürlich steht es Ihnen frei, Ihren Anteil zu verkaufen und sich dafür eine Leibrente zu sichern. Dadurch verzehren Sie das Kapital gleichzeitig.

Horst Beloch

Fremdwort Solidarität

Auch zur Stabilisierung ihres Bildes in der Öffentlichkeit müssen die Ärzte sich zur Solidarität in der Alltagspraxis bekennen. Die Anregung dazu bietet der Vertrag KVB mit LdO-Bayern. Er richtet sich durch streng bewußtes Verhalten der Ärzte bei der Krankenheuseinweisung, der Medikation bis zur Verschreibung physikalischer Therapie und der Attestierung der Arbeitsunfähigkeit gegen Kostensteigerungen.

Offen gesagt: In diesen Bereichen haben Ärzte teils recht großzügig agiert. Wenn sie alle sich auf den Bayern-Vertag berufen und künftig entsprechend verfahren, vermögen sie ohne jeglichen Nachteil, vielfach dagegen Vorteil für den Patienten, viel Geld einsparen zu helfen.

Nur so sind auch politische Absichten zum Nachteil des Patienten wie des Arztes zu vereiteln. Daher sollte der Begriff Solidarität zum Vokabular jedes Arztes gehören. Pardon, wenn ihn Ihr Wortschatz schon enthält.

Prosper

Kurz über Geld

BUNDESSCHATZBRIEFE vor Fälligkeit abstoßen, kann wegen erhöhten Zinsniveaus empfehlenswert sein. Information bei der Bank.

VOR JAHRESSCHLUSS noch Steuerberater, Bank und Lebensversicherung nach Vorteilen befragen, die bis Ultimo wahrzunehmen sind.

KAPITALERTRÄGE zum Jahresende unmittelbar wieder ertragbringend anlegen, um Zinseszinsseffekt auszunutzen.

VOR KREDITAUFNAHME viele Informationen über Konditionen einholen, denn in Hochzinsphase sind die Unterschiede noch gravierender. Landesbank nach Sonderprogrammen befragen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im September 1979 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im September wurden Salmonellosa-Erkrankungen in ähnlich hoher Zahl wie im August gemeldet. Auf 100 000 Einwohner trafen im August 124, im September 129 Fälle, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Wenig veränderte sich die Meldesziffer von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa,

nämlich von 22 Fällen im August auf 20 im September, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach sank im Berichtsmonat auf 18 je 100 000 der Bevölkerung. Ebenso ging die Er-

krankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung zurück, und zwar nicht nur die ohnehin sehr niedrige Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis, sondern auch die an sonstigen Formen, letztere von 18 auf 9 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. September 1979 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und E		Gekterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis								übrige Formen		Gehirnentzündung				Salmoneillose	
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	-	-	75	-	-	-	1	-	24	-	1	-	-	-	1	-	44	-	393	1	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	3	-	-	-	9	-	8	-	1	-	-	-	1	-	2	-	79	-	-	-	-	-
Oberpfalz	-	-	4	-	-	-	2	-	14	-	1	1	-	-	-	-	3	-	102	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	16	-	-	-	1	-	8	-	-	-	1	-	-	-	-	-	91	1	5	-	-	-
Mittelfranken	-	-	28	-	-	-	1	-	16	-	-	-	1	-	-	-	4	-	105	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	12	-	-	-	2	-	4	-	-	-	-	-	-	-	2	-	149	1	4	-	-	-
Schwaben	-	-	10	-	-	-	4	-	3	-	-	-	1	-	1	-	9	-	154	1	30	-	-	-
Oeyer	-	-	148	-	-	-	20	-	77	-	3	1	3	-	3	-	64	-	1073	4	39	-	-	-
München	-	-	22	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-	1	-	28	-	123	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	12	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	1	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	28	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	12	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	1	-	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	11	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Amöbenruhr		Erucellose (übrige Formen)		Meieria-				Q-Fleber		Toxoplasmose		Trichinose		Wundsterrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Palte-cose		übrige Formen						Erst-erkrankung		Rück-fell											
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	46	1	-	-	1	-	1	-	2	-	2	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	3
Niederbayern	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Oberpfalz	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Oberfranken	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Mittelfranken	28	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Unterfranken	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Schwaben	29	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Oeyer	170	3	-	-	1	-	1	-	2	-	4	-	3	-	1	-	4	-	1	-	2	-	-	18
München	24	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	3
Nürnberg	11	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Buchbesprechungen

Low Friction Arthroplasty of the Hip Theory and Practice

Verf.: J. Charnley, 376 S., 440 Abb., davon 205 farb., 22 Tab., Leinen, DM 96,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Ein hervorragendes Werk, das die Entwicklung und den derzeitigen Stand der Erkenntnisse der Original-Charnley-Schalenprothese darstellt und in allen Einzelheiten analysiert. Die Erfahrungen sind anhand von mehr als 13 000 Total-Endoprothesen zusammen gewonnen. Stufenweise Verbesserungen des Operationsraums, zuletzt die Verwendung des Greenhouse, werden sorgfältig und konsequent ausgewertet. Die Intektrate beträgt zuletzt 0,5 Prozent. Somit bietet das Werk wertvolle Anregungen zur Senkung höherer Infektraten in Vorbereitung und Organisation sowie der Austüfung derartiger hochintektgetährdeter Eingriffe. Zweifellos bietet die vorübergehende Trochanterabiösung einen besseren Überblick, wird jedoch wegen der Ausdehnung der Knochenwunde und hoher Pseudarthrosenraten in zahlreichen Zentren abgelehnt. Somit stellt sich das Buch für alle Prothesen-Impianture und diejenigen, die sich mit der Verlaufsbehandlung befassen müssen, als Standardwerk dar, das bislang leider nur im Originaltext vorliegt.

Dr. med. M. Schnitzler, München

Klinische Endokrinologie

Herausgeber: Prof. Dr. E. Klein / Prof. Dr. D. Reinwein u. a., 395 S., 92 Abb., teilw. mehrfarb., 54 Tab., geb., DM 87,—. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Die klinische Endokrinologie tangiert nicht nur den internisten, sondern beschäftigt in zunehmendem Maße fast alle klinischen Disziplinen. Da aber die Wissenshalbwertszeit besonders auf diesem Teilgebiet der Inneren Medizin kurz ist, kann man allen Ärzten und Studenten dieses Lehrbuch vorbehaltlos empfehlen. Alle Gebiete der Endokrinologie wurden klar, übersichtlich und leicht verständlich dargestellt (auf den Diabetes mellitus wurde bewußt verzichtet). Aus der Feder von D. Reinwein stammen die Kapitel „Allgemeine Endokrinologie“, „Wachstum, Reifung und Altern“ sowie „Nebenschilddrüse und Calciumstoffwechsel“. G. Benker verfaßte die Abschnitte „Hypothalamus und Hypophyse“ und „Hormonbestimmungen und endokrinologische Testverfahren“. Besonders das letzte, für die Praxis außerordentlich wichtige Kapitel wurde instruktiv dargestellt. E. Klein als besonderer Kenner der Materie, verfaßte die Kapitel „Schilddrüse“ und „Gewebehormone“. Der Leser wird es als sehr vorteilhaft ansehen, daß das theoretische Wissen durch die Mitteilungen von Kasuistiken sofort in die Praxis transformiert wird. K. Hackenberg schrieb die Kapitel „Nebennieren“, „Anorexia nervosa“ und „Adipositas“, während L. Tharandt für den Abschnitt „Testis“ verantwortlich zeichnet. Das Kapitel „Gynäkologische Endokrinologie“ wurde von V. Patt verfaßt. W.-D. Záh schrieb die Kapitel „Intersexualität“ sowie „Hirsutismus und Virilismus“. Das Buch bietet einen aktuellen Einblick in die Pathogenese, Pathophysiologie und Klinik der wichtigsten endokrinologischen Erkrankungen. Weiterführende Literatur nach jedem Kapitel, bis zum Jahre 1978 berücksichtigt, ermöglicht eine Erweiterung und Vertiefung des Wissens. Wer die Wichtigkeit der Endokrinologie erkannt und das Buch gelesen hat, empfindet den Preis als angemessen.

Dr. med. H.-K. Goischke, Bad Brückenau

Diät bei Darmkrankheiten

Vert.: Prof. Dr. med. G. Strohmeyer, 88 S. mit Piktogrammen und Farbtafeln, DM 8,80. K. Thienemanns Verlag, Stuttgart.

Der Autor weist in der Einleitung zuerst auf wesentliche Gründe von Darmerkrankungen hin und hebt die Bedeutung von Faser- und Schlackenstoffen hervor. Danach folgen Tagespläne für die verschiedenen Krankheitsformen und 110 Rezepte, geschrieben von Brigitte Zöllner.

Der Hobby-Filmer — Titelgestaltung leicht gemacht

Verf.: S. Schmid / R. Mundenbruch, 150 S. DIN A 4 mit über 500 mehrfarb. Abb. und Zeichn., geb., DM 39,90. Verlag Hans Zauner, Dachau.

Jeder wird in diesem Buch etwas finden, was er für seine Titelgestaltung verwenden kann. Die Autoren haben es sich zur Aufgabe gemacht, auch dem graphisch weniger Begabten zu zeigen, wie er zu guten Titeln und Zeichnungen kommt. Es wird ihm tatsächlich leicht gemacht. Entweder kann er verschiedene Abbildungen selbst mit seinem Namen ergänzen und abtönen oder durch die klare Anweisung und die trefflichen Zeichnungen unschwer einen Tricktitel aufbauen. Er treulich ist, daß die Autoren nachweisen, daß die tollsten Titel auch ohne großen Geidaufwand machbar sind. Schere, Kleister, Bleistift, Karton, Folie u. ä. sind ausreichend. Man muß nicht Kunstmaler, Graphiker oder Schautensterdekorateur sein.

Nebenbei wird dem Hobbyfilmer auch das richtige Zeichnen von Perspektiven, Figuren und die Schriftgestaltung erläutert. Man erährt alles Wissenswerte über Arbeitsmittel, Archiv, Schritten, Autorenzeichen, Serienbezeichnung, Titelgestaltung, Landkarten, Statement, Titel, Vorspann, Zwischenschnitt und Zwischentitel. Die Titelgestaltung ist ideal in den Phasen — idee, Vorbereitung, Filmen — autbereitet. Die alphabetische Gestaltung der Abschnitte erlaubt ein rasches Auffinden der Anregungen, Tips und Tricks. Die Autoren bringen eine derartige Fülle und Vielfalt von Ideen, daß jeder Hobbyfilmer das Buch immer wieder zur Hand nehmen wird.

Kalender 1980 aus dem Umschau-Verlag

Wie in allen Jahren, so präsentiert der Umschau-Verlag als Vertrieb für Brönnner- und Andres-Kalender auch dieses Mai wieder ein weitgefäßtes Programm. Die Formate reichen von der bescheidenen heraustrennbaren Postkarte über Zwischengrößen bis hin zum Großkalender, geplant in gekonnter Manier und hergestellt in bester Qualität. So kann aus einem anonymen Geschenk eine ganz persönliche Gabe werden. — Auf eine Reihe besonders schöner Kalender sei hier hingewiesen:

Brönnner Verlag; Vertrieb durch Umschau-Verlag, Frankfurt:

Marc Chagali, DM 39,—

Die Alpen im Großbild, DM 16,80

Der bunte Blumengarten, DM 16,80

Deutschland im Großbild, DM 16,80

Deutschland in Kupferstichen, DM 14,80

Andres Verlag GmbH; Vertrieb durch Umschau-Verlag, Frankfurt:

Deutschland-Kalender, DM 16,80

Reiseland Bayern, DM 13,80

Schönes Deutschland, DM 13,80

Der große Hunde-Kalender, DM 11,80

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Januar 1980

7. 1.— **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang. —
1. 2. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 8.—11. **Düsseldorf:** Führungsseminar „Bessere Verständigung und Zusammenarbeit durch Kommunikation“. — Auskunft: Deutsches Krankenhausinstitut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30.
- 9.—12. **Badgastein:** 14. internationales Symposium über „Radioaktive Isotope in Klinik und Forschung“. — Auskunft: Professor Dr. R. Höfer, 2. Medizinische Universitätsklinik, Garnisongasse 13, A-1090 Wien.
- 15.—18. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 18.—19. **Nürnberg:** Strahlenschutzkurs (Grundkurs — 1. Teil). — Auskunft: Sekretariat Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg.
19. 1.—
2. 2. **Tignes/Frankreich:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 21.—24. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 23.—26. **Köln:** IV. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
24. **Bad Reichenhaff:** Ärztliche Fragen in der Praxis. — Auskunft: Dr. H. Illig, Innere Abteilung I des Städtischen Krankenhauses, Postfach 440, 8230 Bad Reichenhall.
- 25.—26. **Nürnberg:** Strahlenschutzkurs (Grundkurs — 2. Teil). — Auskunft: Sekretariat Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg.
- 25.—27. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Röntgentherapie) und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen (Telecurietherapie, Kontakttherapie). — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
26. **Würzburg:** Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Heutkrankheiten der Universität. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H. Röckl, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

26.—27. **München:** 4. Ophthalmologen-Kurs. — Auskunft: Sekretariat Augenklinik Professor Dr. Remky, Arabellstraße 5/XIX, 8000 München 81.

26. 1.— **Oberstdorf:** Skifenglauf- und Eislauf-Seminar für
2. 2. Sportärzte des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.

26. 1.— **Sulden:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen
9. 2. Sportärzterverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.

28.—31. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

28. 1.— **Bad Neuenahr:** B-1-Kurs (weiterführender Kurs) der Hessischen Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.

Februar 1980

2.—3. **Erlangen:** 12. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen. — Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Weldstraße 1, 8520 Erlangen.

8.—15. **Neuherberg:** Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

8. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen im medizinischen Bereich. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 -1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis monatlich DM 5,— einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77 -1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse etlespress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisetzke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., 8060 Dechau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126

LAND-
KREIS



Freyung-Grafenau

Am Kreiskrankenhaus Waldkirchen

sind für die Chirurgie
die Stellen eines/einer

Oberarztes/-ärztin

und eines/einer

Assistenzarztes/-ärztin

zu besetzen.

Die Abteilung verfügt über 85 Betten, D-Arzt und Allgemeinambulenz. Durchgeführt werden alle Operationen der Allgemein Chirurgie und Traumatologie, daneben in kleinerem Umfang Herzschrittmacher-, Gefäß- und Thoraxchirurgie.

Wir bieten ein gutes, kollegiales Klima. Bezahlt wird nach den jeweils geltenden Tarifbestimmungen des BAT mit den im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen, Bereitschaftsdienste nach Stufe C. Zusätzlich regelmäßige Pooleinnahmen.

Waldkirchen ist eine kleine Stadt in wunderbarer Landschaft im südlichen Bayerischen Wald unweit der Universitätsstadt Passau. Badeseen, Hellenbad, Skilift, Golfplatz sowie alle Schulen im Ortsbereich.

Bewerbungen werden erbeten an
Chefarzt Dr. Bauer, 8392 Waldkirchen,
Kreiskrankenhaus, Telefon (0 85 81) 666.

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern
— Körperschaft des öffentlichen Rechts —

sucht für ihre Ärztliche Abteilung einen

Internisten

Aufgabenbereich:

Durchführung von Untersuchungen zur Frage der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie für Heilmaßnahmen im Untersuchungszentrum München-Neuperlach.

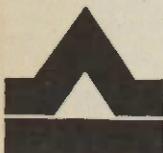
Voraussetzungen:

Gute medizinische Weiterbildung. Kenntnisse auf sozialmedizinischem Gebiet sind erwünscht.

Vergütung:

Bezahlung nach BAT I b/1 a bzw. bei Übernahme in das Beamtenverhältnis Bes.-Gr. A 14 (Medizinaloberrat). Ausübung einer Privatpraxis als Nebentätigkeit ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die



Landesversicherungsanstalt Oberbayern — Ärztlicher Dienst
z. H. ärztl. Abt.-Direktor Dr. Deckstein
Thomas-Dehler-Straße 3, 8000 München 83, Telefon (0 89) 67 81 21 33

Das Kreiskrankenhaus Zwiesel

Bayerischer Wald (218 Betten), mit den Abteilungen: Chirurgie, Innere, Gynäkologie-Geburtshilfe, Anästhesie sucht zum nächstmöglichen Termin für die

Anästhesie-Abteilung

(Chefarzt Dr. med. Auer)

einen Oberarzt und noch

einen Assistenzarzt

Die Abteilung versorgt die Chirurgische Abteilung mit 102 Betten und die Gynäkologische Abteilung mit 36 Betten. Ausgeführt werden alle Verfahren in Allgemein- und Regionalnarkoseanästhesie. Die Zahl der Narkosen beläuft sich auf ca. 2000 jährlich. Die technische Ausrüstung der Abteilung ist den neuesten Anforderungen angepaßt. Eine Intensivstation ist in Planung und wird nach Erstellung des Erweiterungsbaues eröffnet. Weitere Auskünfte erteilt der Chefarzt, der derzeit zur Weiterbildung für ein Jahr ermächtigt ist. (Die Ermächtigung auf zwei Jahre ist beantragt.)

Die Vergütung erfolgt nach I b bzw. II BAT-(KAV) mit den für den öffentlichen Dienst üblichen Leistungen sowie Chefarztzulage. Für ledige Bewerber stehen Einzelzimmer zur Verfügung. Verheirateten sind wir bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Umzugskosten werden bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen gewährt.

Die Stadt Zwiesel hat Gymnasium, Realschule, Hallen- und Freibad und bietet im Sommer und Winter ausgezeichnete Sportmöglichkeiten.

Bewerbungen mit den nötigen Unterlagen an die Verwaltung des

Kreiskrankenhauses, Waldschmidtweg 40,
8372 Zwiesel

erbeten.

Der Landkreis Regen sucht zum 1. Januar 1980 oder später einen

Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Viechtach.

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b BAT. Daneben werden Bereitschaftsdienstvergütung (Stufe D) und alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, einschließlich zusätzlicher Alters- und Hinterbliebenenversorgung gewährt. Bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen wird Umzugskostenvergütung zugesagt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend des Bayer. Waldes liegt, ist staatlich anerkannter Luftkurort mit vielfältigen Sportmöglichkeiten und verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (meth.-naturw. und wirtschaftsw. Zweig) und Realschule für Knaben und Mädchen.

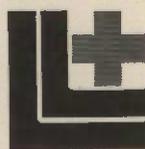
Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten, an die Personalverwaltung des Landratsamtes, 8370 Regen, Schulgasse 2. Auskünfte erteilt Chefarzt Dr. med. Robert Trojan, Telefon (0 99 42) 13 01.

Die Stadt Weißenstadt im Landkreis Wunsiedel — staatlich anerkannter Erholungsort mit Freizeit- und Erholungssee im Naturpark Fichtelgebirge — bewirbt sich um die Wiederbesetzung der seit 1. April 1979 nicht mehr besetzten

dritten Arztstelle

Praxisräume und Wohnung könnten im aufgelösten städtischen Krankenhaus mietweise zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen wollen bis spätestens 1. März 1980 an die Stadtverwaltung, 0671 Weißenstadt, gerichtet werden.



KREIS-KRANKENHAUS LICHTENFELS

In unserer Abteilung für Radiologie – leitender Abteilungsarzt Dr. med. E. Schöner – ist ab sofort oder später die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Bevorzugt werden Kollegen, die die Weiterbildung zum Radiologen anstreben. Unser Krankenhaus verfügt über 412 Betten: fünf Hauptfachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie-Geburtshilfe, Anästhesie, Radiologie). Belegärzte für HNO und Augen. Die Abteilung für Radiologie (Röntgendiagnostik und nuklearmedizinische Diagnostik) ist technisch auf modernste Ausstattung. Sieben Arbeitsplätze, drei BV-Fernsehketten, Angiographie, Mammographie, Urologie, Scanner, Isotopenlabor. Neben einer umfangreichen Routine-diagnostik (ca. 30 000 Untersuchungen jährlich) werden nahezu sämtliche Spezialuntersuchungen durchgeführt. Volle Weiterbildungsmöglichkeit zum Arzt für Radiologie (3 1/2 Jahre Röntgendiagnostik, 1/2 Nuklearmedizin) durch den hierzu ermächtigten Arzt. Strahlentherapie kann im Austausch an Universitätsklinik abgeleistet werden. Intensive Weiterbildung kann auch aus personellen Gründen garantiert werden: zwei Radiologen, ein Assistenzarzt, sieben MTA. Bezahlung nach BAT mit den üblichen Sozialleistungen. Nebeneinnahmen durch Zulagen des leitenden Arztes, Rufbereitschaftsdienst, Unterricht an der Schwesternschule, Gutachten. Zusätzlich zum tariflichen Urlaub werden jährlich 10 Tage Sonderurlaub zu Fortbildungszwecken gewährt. Alle weiterführenden Schulen und sehr gute Freizeitmöglichkeiten sind in der Kreisstadt Lichtenfels (20 000 Einwohner) vorhanden. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich.

Bewerbungen an: Kreis-Krankenhaus - Verwaltung, Prof.-Arneht-Straße 2, 8620 Lichtenfels, Tel. (09571) 12-391. Fachliche Auskünfte: Dr. med. E. Schöner, Leitender Arzt der Abteilung für Radiologie, Kreis-Krankenhaus Lichtenfels, Telefon (09571) 12-293.

LANDKREIS LICHTENFELS

Der Gottesgarten am Obermain

Chirurg

38 Jahre, Asylberechtigter, 14 Jahre Praxis, Ausländische und deutsche Anerkennung, zur Zeit Oberarzt und Chefarztvertreter, gute Kenntnisse in Allgemein-, Bauch- und Unfallchirurgie, sicherer Operateur, sucht im Laufe des Jahres 1980 die Oberarztstelle an mittelgroßem Krankenhaus oder Möglichkeit zur Weiterbildung in der Unfallchirurgie. Erlaubnis nach § 10 vorhanden.

Anfragen unter Chiffre 2064/330.

Welcher

Allgemein-mediziner

In gutgehender Landpraxis im Raum südlich München plant ab 1983 Praxisbeteiligung durch jüngeren, norddeutschen Kollegen? Spätere Übernahme sollte vereinbar sein. Praxisvertretung zum Kennenlernen vorher erwünscht.

Telefon (05 11) 42 94 01.

Arzthelferin

18 Jahre, Examen im Juni 1980, in ungekündigter Stellung, sucht zum 1. August 1980 oder später im Raum München-Bad Tölz-Garmisch neuen Wirkungskreis. Kenntnisse im mittleren Labor, Abrechnung, EKG, Maschinenschreiben, Schriftverkehr. Tätigkeit im Krankenhaus an der Ambulanz oder Kinderarztpraxis mit eventueller Wohngelegenheit bevorzugt.

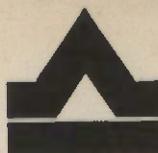
Angebote bitte an: Ilone Kausch, Wildbaderstraße 41, 7547 Wildbad 5

Laborezrt

mit langjähriger Erfahrung auf dem Gebiet der Bakteriologie/Serologie (Fachdiplom „Mediz. Mikrobiologie DGHM“ vorhanden), derzeit als Oberarzt in ungekündigter Stellung an einem großen Zentrallabor tätig, sucht

leitende Stelle

an einem Bakteriologisch-serologischen Institut, Medizinaluntersuchungsamt oder an einem Krankenhauslabor. Anfragen unter Chiffre 2064/328.



LANDESVERSICHERUNGSANSTALT OBERFRANKEN UND MITTELFRANKEN

Für unsere Klinik Frenkenwerte in Bad Steben/Frenkenweld mit 175 Betten suchen wir eine(n)

Stationsärztin/-arzt

für sofort oder nach Vereinbarung.

Die Vergütung erfolgt nach den einschlägigen Bestimmungen des BAT.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis – Leutbehn des höheren Dienstes – möglich.

Die Klinik Frenkenwerte ist eine neuzeitliche Rehabilitationsklinik für innere Krankheiten mit Bevorzugung der arteriellen Verschlusskrankheiten, der Nachbehandlung von Infarkt-Kranken sowie aller Erkrenkungsarten des rheumatischen Formenkreises und aller Stoffwechsellkrankheiten. Modernste Einrichtungen, wie diagnostische Abteilung mit klinisch-chemischem und physikalischem Labor, Herz-Kreislauf-Labor und Röntgenabteilung einschließlich Fernsehen und Angiographien stehen zur Verfügung.

Wir bieten:

- gute Aufstiegsmöglichkeiten,
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der Richtlinien,
- engenehme Appartements oder Familienwohnungen, Schwimmbad und Sauna im Haus,
- preiswerte Voll- oder Teilverpflegung,
- Umzugskosten, Beihilfen, zusätzliche Altersversorgung,
- Bereitschaftsdiensvergütung nach SR 2 c BAT,
- Fortbildungsmöglichkeiten, Kongreßbesuche,
- der Cheferzt ist zur Weiterbildung in Innerer Medizin für zwei Jahre ermächtigt.

Bad Steben ist ein modernes bayerisches Staatsbad, landschaftlich schön zwischen Hof und Kronach im Frankwald gelegen. Höhere Schulen in der nahegelegenen Kreisstadt Naila und in Hof.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse) richten Sie bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken, Personalreferat, Wittelsbecherling 11, 8580 Bayreuth oder direkt an den

Chefarzt Leitenden Medizineldirektor Dr. Presch, Klinik Frenkenwerte, 8675 Bad Steben, Telefon (0 92 88) 10 57.

Gynäkologin

sucht Praxis-Vertretungen ab 1. Januar 1980. Weiterhin ab Mitte 1980 suche Praxisübernahme oder Assoziation.

Anfragen unter Chiffre 2064/334.

Arzt für Allgemeinmedizin sucht

Praxisübernahme

in München oder Umgebung zum 3. Quartal 1980. Vorherige Mitarbeit möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/336.

Praxisübernahme

oder Assoziation zum Frühjahr/Sommer 1981 gesucht (Internist) im Raum Erlangen - Nürnberg - Fürth.

Anfragen unter Chiffre 2064/338.

BEFELKA - HERZ - KREISLAUF - DRAGEES

Ind.: Herzmuskelschwäche, nervöse Herzerstörungen, Herzklopfen, Herzangst, Neigung zu schmerzhaften Herzanfällen, Herzbeschwerden der Wechseljahre, Herzpflege im Alter, hoher Blutdruck mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Schlafstörungen, Arterienverkalkung. Zus.: 1 Dragee enthält: Extr. Leonur. card. apir. sicc. 20 mg; Extr. Scilliae spir. sicc. 25 mg; Extr. Crataegi e flor. apir. sicc. 15 mg; Extr. Crataegi e fruct. apir. sicc. 50 mg; Extr. Rauwolfiae serp. spir. sicc., 40% Gesemtaikalolide, 2,5 mg (entspr. 1 mg Gesamtaikalolide); Extr. Arnicae e flor. spir. sicc. 3 mg; Khellin 0,75 mg; Heperididphosphat-Natrium 7,5 mg.

Packung mit 30 Dreg. DM 5,67, 50 Dreg. DM 7,82, 100 Dreg. DM 13,67

Ärztemuster durch:

B E F E L K A - A R Z N E I M I T T E L, Postfach 1351, 4500 Osnabrück